Batch Februari
2026

MEDSENSE plus

Complete Class Materi

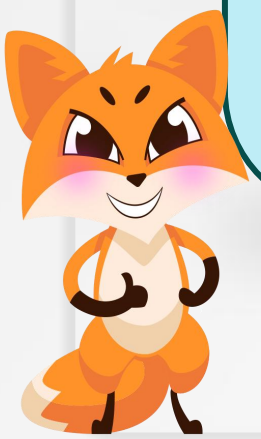
OBSTETRI GINEKOLOGI-1

dr. Yusuf

BASIC CBT

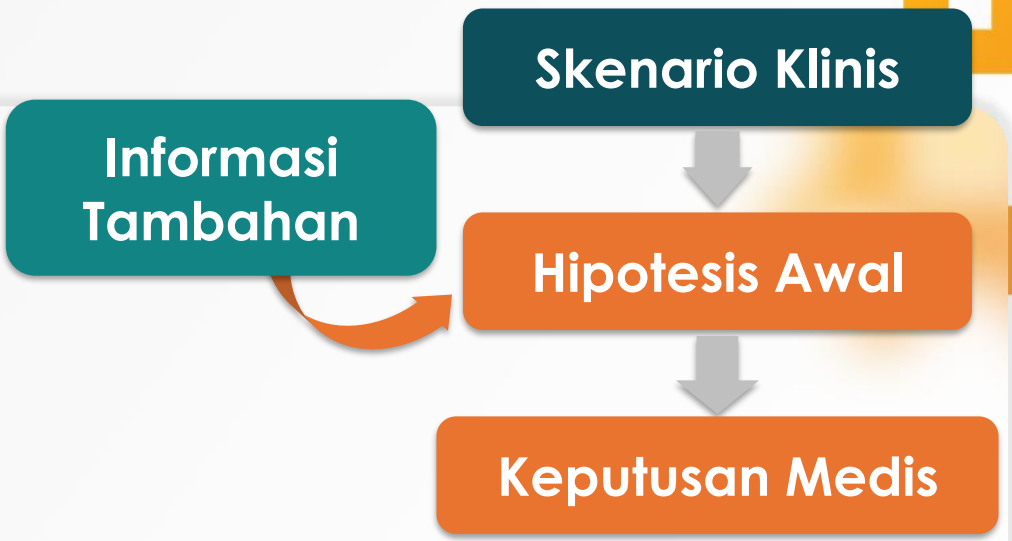
- Baca soal → Baca Kasus → Kata kunci → Informasi tambahan
- Pemeriksaan Objektif > Subjektif
- Jika kesulitan → Eksklusi jawaban → Memperbesar kemungkinan untuk benar

- Bedakan antara terapi yang tepat, definitive, abortif, suportif, awal dan pendukung
  - **Terapi awal** : Tatalaksana simtomatis / kegawat daruratan
  - **Terapi definitive** : Terapi yang langsung ke etiologi
  - **Terapi supportif**: Terapi yang membantu dalam terapi utama.



SCT

Script Concordance Test



TUJUAN

- Tolak Ukur Kemampuan Berpikir Klinis
- Relevansi Praktis
- Penilaian berdasarkan consensus dari ahli klinis
- Pengembangan Kompetensi Lanjutan

Tips!!!

- Latihan kasus Klinis
- Fokus terhadap informasi baru dengan berpikir secara sistematis dan logis
- Belajar mengambil keputusan melalui diskusi kasus
- Kelola waktu dengan baik

- **Pahami Skala Jawaban**

Skala	Penjelasan
–2	Informasi sangat mengurangi keyakinan terhadap hipotesis
–1	Informasi mengurangi keyakinan terhadap hipotesis
0	Informasi tidak memengaruhi keyakinan terhadap hipotesis
+1	Informasi meningkatkan keyakinan terhadap hipotesis
+2	Informasi sangat meningkatkan keyakinan terhadap hipotesis

Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI)

4

Mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas

- **4A.** Kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter
- **4B.** Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai internsip dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB)

3

Mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk

- **3A.** Bukan gawat darurat
- **3B**. Gawat darurat

2

Mendiagnosis dan merujuk

- Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya.

1

Mengenali dan menjelaskan

- Lulusan dokter mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit, dan mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai penyakit tersebut, selanjutnya menentukan rujukan yang paling tepat bagi pasien.

Daftar Isi

- Pelvimetri (4A)
- Penurunan bagian terbawah janin (4A)
- Diagnosis kehamilan (4A, 3)
- Usia kehamilan (4A)
- Ante Natal Care (ANC) (4A)
  - Pemeriksaan Leopold (4A)
  - Hubungan fetus dengan jalan lahir (4A)
- Persalinan normal (4A)
  - Inpartu dan Braxton Hicks (4A)
- Gawat Janin (3B)
- Kala persalinan (4A)
- Kelainan kala I
  - Induksi persalinan (3A)
  - Persalinan post-term (3B)
- Kelainan kala II
  - Persalainan dengan alat bantu (3)
  - Distosia bahu (3)
  - Malpresentasi dan malposisi (3)
- Perdarahan Post-Partum
  - Atonia Uteri (3B)
  - Laserasi Jalan Lahir (4A, 3B)
  - Inversio Uteri (3B)
  - Retensio Plasenta (3B)
  - Rupture Uteri (2A)
  - Sisa Plasenta (4A)
  - Endometritis Akut (3B)

Daftar Isi

- Perdarahan ante partum < 20 Minggu
  - Abortus Spontan (4A, 3B)
  - Kehamilan Ektopik Terganggu (2)
  - Mola Hidatidosa (2)
- Perdarahan ante partum > 20 Minggu
  - Solusio Plasenta (2)
  - Plasenta Previa (2)
  - Vasa Previa (2)
- Prolaps Tali Pusat (3B)
- Oligohidramnion dan Polihidramnion (2)
- Ketuban Pecah Dini (3A)
- Korioamnionitis (3A)
- Partus Prematurus (3A)

MEDSENSE plus

4A

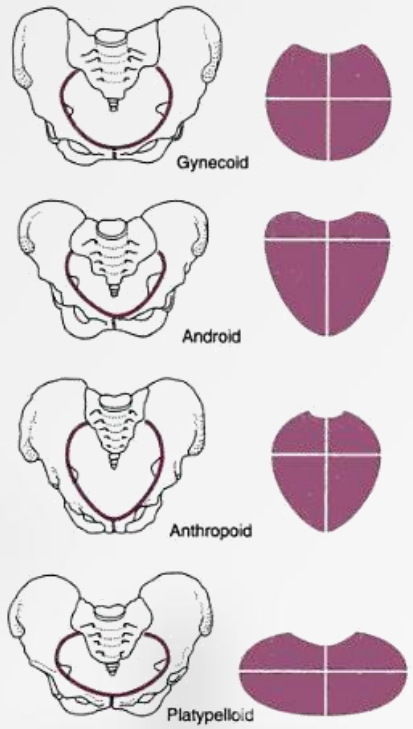
Pelvimetri

0821 7355 5801

@medsense.plus MEDSENSE

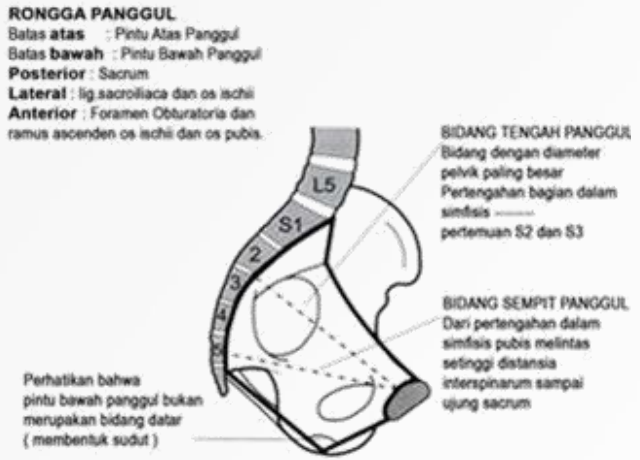
Pelvimetri

Jenis Panggul



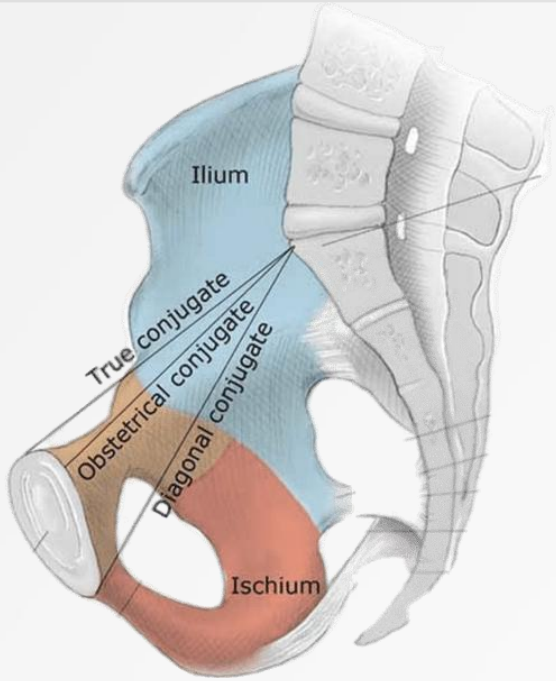
Ginekoid Diameter AP = TV
Android Diameter AP = TV, TV dekat sacrum
Anthropoid AP > TV
Platypelloid TV > AP

Rongga Panggul


RONGGA PANGGUL
Batas atas : Pintu Atas Panggul
Batas bawah : Pintu Bawah Panggul
Posterior : Sacrum
Lateral : lig.sacroiliaca dan os ischii
Anterior : Foramen Obturatoria dan ramus ascenden os ischii dan os pubis
BIDANG TENGAH PANGGUL
Bidang dengan diameter pelvik paling besar
Pertengahan bagian dalam simfisis
pertemuan S2 dan S3
BIDANG SEMPIT PANGGUL
Dari pertengahan dalam simfisis pubis melintas setinggi distansia interspinarum sampai ujung sacrum
Perhatikan bahwa pintu bawah panggul bukan merupakan bidang datar (membentuk sudut)
L5
S1
2
3

Panggul Normal	Panggul Sempit
Pintu Atas Panggul	
• Conjugata Vera : 9,5-11cm • Conjugata Diagonalis : 11,5cm	• "…promontorium teraba"
Pintu Tengah Panggul	
• Daerah **tersempit** dari panggul • Diameter interspinosum : 9,5-10,5cm	• "...spina kanan dan kiri teraba"
Pintu Bawah Panggul	
• Daerah **terluas** panggul • Diameter anteroposterior : 11,5-12cm	

Pelvimetri



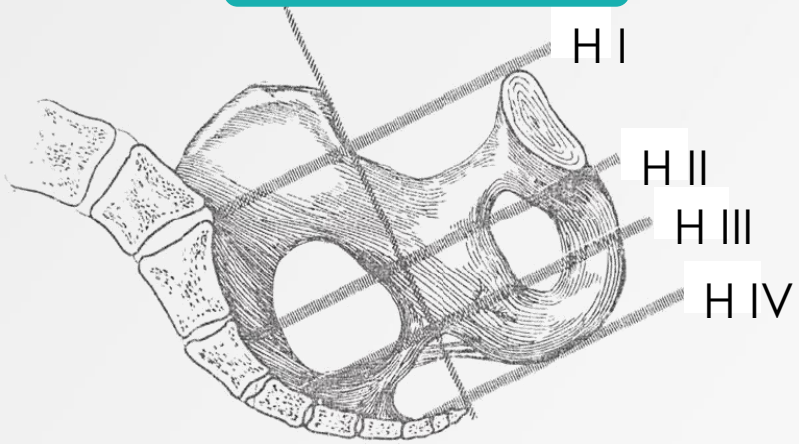
- Hasil Pengukuran VT → Conjugata Diagonalis
- **Conjugata Vera = conjugate diagonalis – 1,5cm**
- Panggul sempit → berdasarkan pengukuran
- (-) pengukuran → jangan jawab **PANGGUL SEMPIT → CPD**

@medsense.plus MEDSENSE

Penurunan bagian terbawah janin

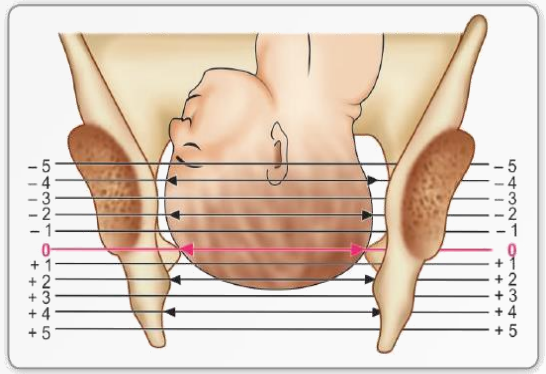
Penurunan Bagian Terbawah Janin

Hodge

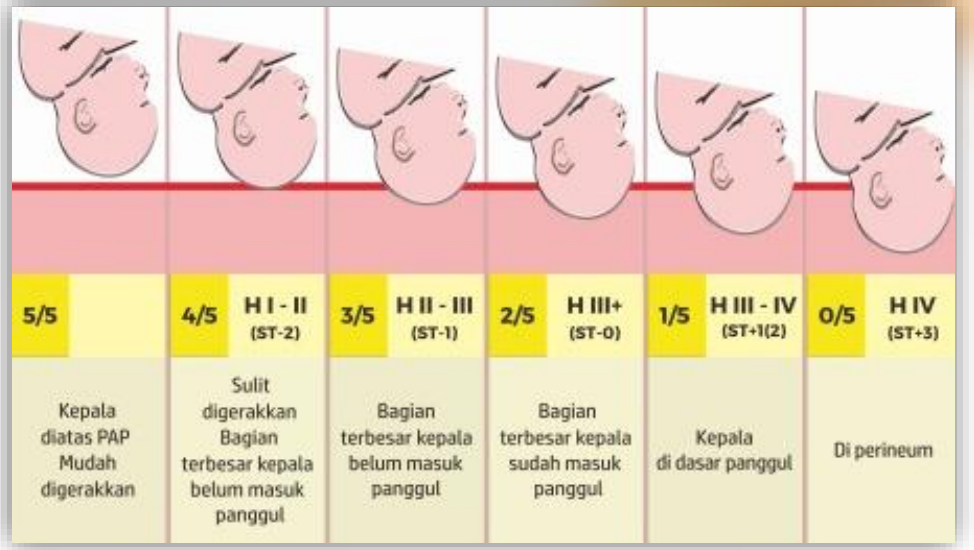


I	Tepi atas simfisis pubis
II	Tepi bawah simfisis pubis
III	**Setentang spina ischiadika**
IV	Setentang os coccygeus

Station



Perlimaan



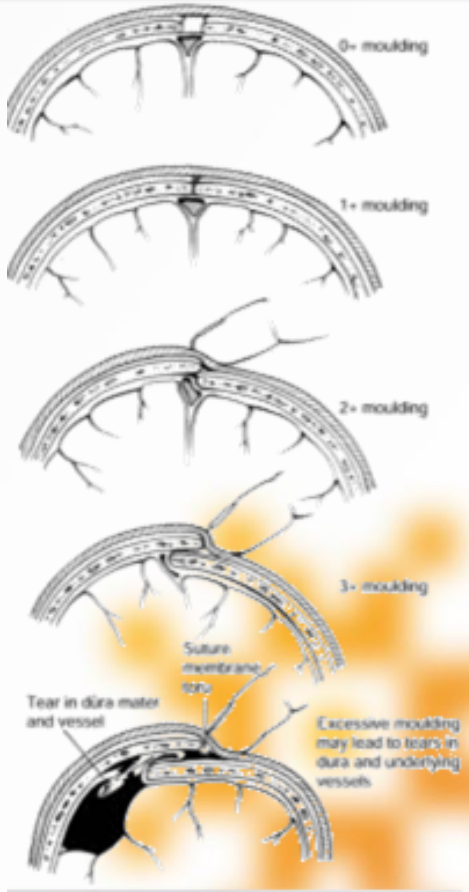
- Hodge III = Station 0 = Perlimaan 2/5
- Dalam menjawab soal: Hodge ≥ III → Pervaginam

Penurunan Bagian Terbawah Janin

Molase

Menentukan penyesupan kepala janin → ***menentukan ada tidaknya CPD***

- 0: sutura lebar (normal)
- +1: sutura mulai merapat namun (-) tumpang tindih
- +2: sutura tumpang tindih, vital sign masih baik
- +3: sutura tumpang tindih, vital sign buruk



- Jika molase 0, persalinan PSP;
- Jika 1 atau lebih: rencana SC

MEDSENSE plus

4A

Diagnosis kehamilan

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

Sistem Reproduksi

- Serviks melunak (tanda Goodell)
- Uterus membesar, dinding menipis, kontraktilitas meningkat menjelang persalinan
- ↑ Aliran darah → kongesti vagina (tanda Chadwick)

Payudara

- Membesar, lebih sensitif
- Putting membesar
- Areola menggelap dan melebar, terdapat glands of Montgomery (kelenjar sebasea yang hipertrofi)
- Kolostrum dapat dikeluarkan dengan cara dipijat lembut dalam beberapa bulan pertama kehamilan

Kulit

- Hiperpigmentasi: linea nigra, areola, wajah (melasma)
- Striae gravidarum (stretch marks)
- Spider angioma & palmar erythema (karena peningkatan estrogen)

Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

Sistem Respirasi

- **Progesteron** → stimulasi pusat napas di otak → **hiperventilasi**
- Akibatnya: **pCO_2 ↓** → terjadi **alkalosis respiratorik ringan**
- **Kompensasi ginjal:** menurunkan HCO_3^- → pH kembali normal
- Hasil akhir = **alkalosis respiratorik terkompensasi total**
- Gejala: **sesak ringan saat aktivitas** → *normal fisiologis*

Sistem Kardiovaskular

- Curah jantung ↑
- ↑ Volume plasma → dapat menyebabkan anemia fisiologis
- ↓ TPR (total peripheral resistance)
- Tekanan darah sedikit turun
- Bisa muncul **murmur fisiologis**, **edema tungkai**, **varises**

Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

3A

Sistem Urinaria

- ↑ GFR (laju filtrasi glomerulus)
- ↑ Retensi cairan
- Penurunan osmolalitas plasma (sekitar 10 mOsm/kg)
- Risiko edema fisiologis, terutama di ekstremitas bawah

Sistem Gastrointestinal

- **Heartburn** sering terjadi karena posisi lambung berubah & tonus LES menurun
- **Hemoroid** akibat konstipasi & tekanan vena rektal meningkat
- **Liver:** aliran darah ↑, enzim liver berubah (ALP ↑, AST/ALT ↓), albumin serum ↓
- **Kandung empedu:** volume ↑, kontraktilitas ↓ → risiko batu empedu ↑

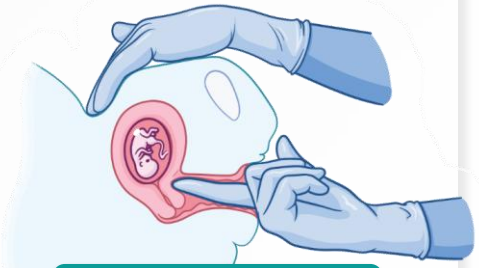
Sistem Endokrin

- ↑ Estrogen, progesteron, hCG, prolactin
- ↑ Resistensi insulin
- Simpanan lemak tubuh bertambah

Tanda Kehamilan

Presumptif	Probable	
Mual muntah	B-HCG	
	Linea Nigra	
Rasa kencang pada payudara	**Tanda Chadwick**	Perubahan warna **kebiruan** atau ungu pada cervix
	Tanda Goodel	**Perlunakan** portio **cervix**
Amenorrhea	**Tanda Hegar**	**Perlunakan** segmen bawah **Rahim**
	Tanda Hartman	**Perdarahan** akibat implantasi blastula pada endometrium
Definitive		
Pemeriksaan Fisik = Merasakan pergerakan janin		
DJJ(+)		
USG → Gestasional Sac (5 Minggu)		

Chadwick Sign



Hegar Sign

Goodell Sign

- Tanda kehamilan presumtif → didapatkan dari anamnesa*
- Tanda kehamilan probable → didapatkan dari pemeriksaan fisik (selain B-HCG)*

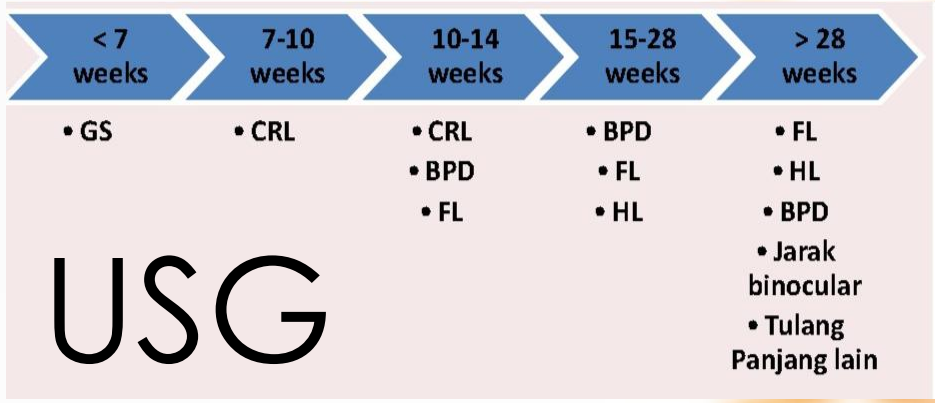
Tanda Kehamilan

Pemeriksaan USG

Crown Rump Length

Gestasional Sac

- Untuk menjawab soal UKMPPD tentang temuan USG:
  - 5 Minggu : GS
  - Trim 1 : CRL
  - Trim 2 : BPD
  - Trim 3 : FL



Usia Kehamilan

Usia Kehamilan

Usia Kehamilan dihitung sejak HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Klasifikasi Masa Kehamilan

- Trimester 1 : 0 Minggu – 13 Minggu 6 Hari
- **Trimester 2 : 14 Minggu – 27 Minggu 6 Hari**
- Trimester 3 : 28 Minggu – 40 Minggu 6 Hari

Klasifikasi UK Melahirkan

- **Preterm : < 37 Minggu**
  - *Extremely preterm* → <28 Minggu
  - *Very preterm* → 28-31 Minggu 6 Hari
  - *Moderate-late preterm* → 32-36 Minggu 6 Hari
- **Aterm : 37 Minggu – 41 Minggu 6 Hari**
  - *Early* → 37 Minggu – 38 Minggu 6 Hari
  - *Full* → 39 Minggu – 40 Minggu 6 Hari
  - *Late* → 41 Minggu – 41 Minggu 6 Hari
- **Postterm : ≥ 42 Minggu**

UK 28 Minggu: Trimester ?
Tips menghafal klasifikasi : **Hafal yang tengah**

Post datum : … Minggu?
Post term : … Minggu?

Hari Perkiraan Lahir

berdasarkan HPHT ibu, konfirmasi → **pemeriksaan USG**
Perkiraan kelahiran : **280 hari setelah HPHT**

Siklus haid teratur / **reguler**

Siklus 28 hari
Naegle

HPHT	Hari	Bulan	Tahun
(Jan-Mar)	+7	**+9**	0
(Ap-Des)	+7	**-3**	+1

Siklus ≠ 28 hari
Parikh

HPHT	Hari	Bulan	Tahun
(Jan-Mar)	Siklus -21	+9	0
(Ap-Des)	Siklus -21	-3	+1

Siklus haid (-) teratur / **ireguler**

USG

Hari Perkiraan Lahir

HPHT

1 Mei 2021

(siklus teratur 28 hari)

1	**–**	**5**	**–**	**2021**
+7		**- 3**		**+1**
8		**2**		**2022**

MEDSENSE plus

4A

Ante Natal Care (ANC)

0821 7355 5801

@medsense.plus MEDSENSE

Ante Natal Care

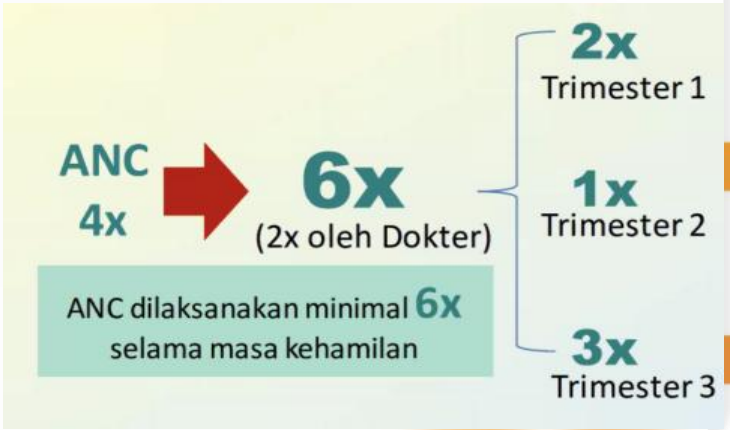
4A

ANC Dilakukan Minimal 6 Kali pertemuan

- Trim 1 → 2x → (0 – 12 Minggu) (oleh dokter 1x)
- Trim 2 → 1x → (12 – 24 Minggu)
- Trim 3 → 3x → (24 – 40 Minggu) (oleh dokter 1x)

USG min 3 kali, tujuan:

- Trim 1 → Usia gestasi
- Trim 2 → Deteksi anomaly
- Trim 3 → Perencanaan persalinan



Ante Natal Care

4A

Perbandingan Rekomendasi kunjungan ANC

Kunjungan Pemeriksaan ANC Minimal (Kemenkes, 2013)	
1	Sebelum minggu ke-16
2	24 - 28 minggu
3	30 – 32 minggu
4	36 – 38 minggu

Box 5: Comparing ANC schedules

WHO FANC model	2016 WHO ANC model
First trimester	
Visit 1: 8–12 weeks	Contact 1: up to 12 weeks
Second trimester	
Visit 2: 24–26 weeks	Contact 2: 20 weeks Contact 3: 26 weeks
Third trimester	
Visit 3: 32 weeks	Contact 4: 30 weeks
Visit 4: 36–38 weeks	Contact 5: 34 weeks Contact 6: 36 weeks Contact 7: 38 weeks Contact 8: 40 weeks
Return for delivery at 41 weeks if not given birth.	

Ante Natal Care (ANC)

14 T
Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan (T1)
Tensi atau Ukur Tekanan Darah (T2)
Tinggi Fundus Uteri (T3)
Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) 90 Tablet Selama Kehamilan (T4)
Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (T5)
Pemeriksaan Hb (T6)
Pemeriksaan VDRL (T7)
Pemeriksaan Protein Urine (T8)
Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)
Perawatan Payudara (T10)
Senam Ibu Hamil (T11)
Pemberian Obat Malaria (T12)
Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)
Temu Wicara dan Konseling (T14)

Status gizi → penentuan nutrisi

- Kalori: 2300kal
- Protein: 30g
- Fe: 60mg
- As Folat: 400mcg 2 bulan sebelum hamil

- Neural Tube defect → **As folat 4000 mcg**
- Anemia → **Fe 120-200mg**

TD dan Gula darah

- Screening PE
- Screening DM
  - **DM Gestasional 24-28 mgg**
  - DM preGestasional ANC 1

- Tatalaksana: INSULIN

UK, TFU, Presentasi (LEOPOLD)

- Leopold 1 : TFU, dan bagian teratas janin
- Leopold 2: Kiri kanan janin
- Leopold 3 : Bagian terbawah janin
- Leopold 4 : -/+ masuk PAP

- Posisi
- Presentasi
- Situs / letak
- Bagian terbawah janin

Immunisasi TT

- TT 1 → Kunjungan pertama
- TT 2 → 1 bulan > TT 1
- TT 3 → 6 bulan > TT 2
- TT 4 → 1 tahun > TT 3
- TT 5 → 1 tahun > TT 4

Ante Natal Care

Gizi Ibu Hamil - Multiple Micronutrients Supplement (MMS)

	TTD	MMS	
Kandungan	1. Fe Elemental (60 mg) 2. Asam Folat (400 mcg)	KANDUNGAN VITAMIN: 1.Vitamin A (800 mcg) 2.Vitamin C (70 mg) 3.Vitamin D (5 mcg) 4.Vitamin E (10 mg) 5.Vitamin B1 (1.4 mg) 6.Vitamin B2 (1.4 mg) 7.Vitamin B3 (18 mg) 8.Vitamin B6 (1.9 mg), **9.Asam Folat (400 mcg)** 10.Vitamin B12 (2.6 mcg)	KANDUNGAN MINERAL **11.Zat Besi (30 mg)**** 12.Iodium (150 mcg) 13.Seng (15 mg) 14.Selenium (65 mcg) 15.Tembaga (2 mg)
Cara Konsumsi	1 tab/hari selama Kehamilan, min 90 tab	1 tablet/hari selama kehamilan (+180 tablet)	
Efek Samping	1. Tidak berbahaya 2. Umumnya menyebabkan mual	1. Tidak berbahaya 2. Rasa mual lebih ringandibandingTTD, karena dosiszatbesi lebih rendah	

Ante Natal Care

Gizi Ibu Hamil - Multiple Micronutrients Supplement (MMS)

Cara Konsumsi:

- Cara Konsumsi: 1 tablet/hari
- Dianjurkan minum MMS se-awal mungkin saat hamil (sejak ANC 1) sampai melahirkan (+180 tablet)

Pemberian MMS pada Ibu Hamil dengan Anemia

- Ibu hamil dengan anemia ringan Hb 10 - < 11 gr/dL → konsumsi 1 tab MMS + 1 tab TTD/hari
- Diminum tidak bersamaan sampai Hb Normal

Ante Natal Care

4A

Vaksin Tetanus

Pemberian	Selang Waktu Minimal	Masa Perlindungan
TT 1	Saat **kunjungan pertama**	-
TT 2	**4 minggu** setelah TT 1 (pada kehamilan)	3 tahun
TT 3	**6 bulan** setelah TT 2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)	5 tahun
TT 4	**1 tahun** setelah TT 3	10 tahun
TT 5	**1 tahun** setelah TT 4	> 25 tahun

PENGENALAN

IMUNITAS

Tanda Definitif Kehamilan?

a)

b)

Kapan ibu perlu TT ke-3?

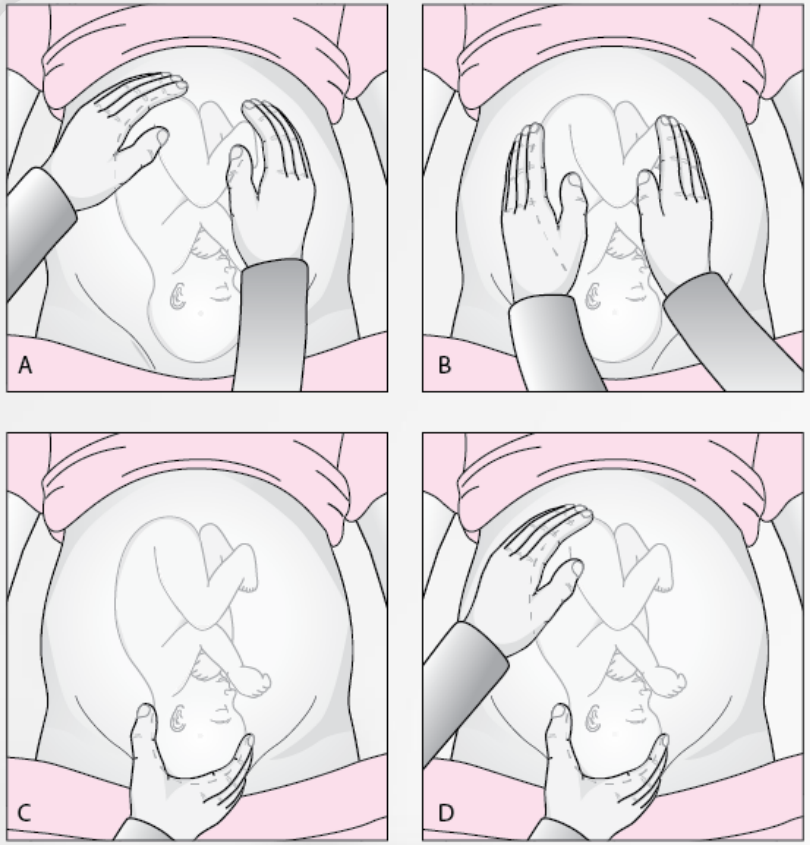
- Ibu UK 12 minggu pertama kali datang ANC, lalu diberikan vaksin TT pertama oleh dokter cantik.

7 bulan lagi

6 bulan lagi

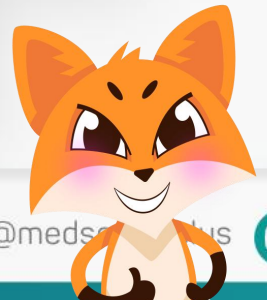
Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold



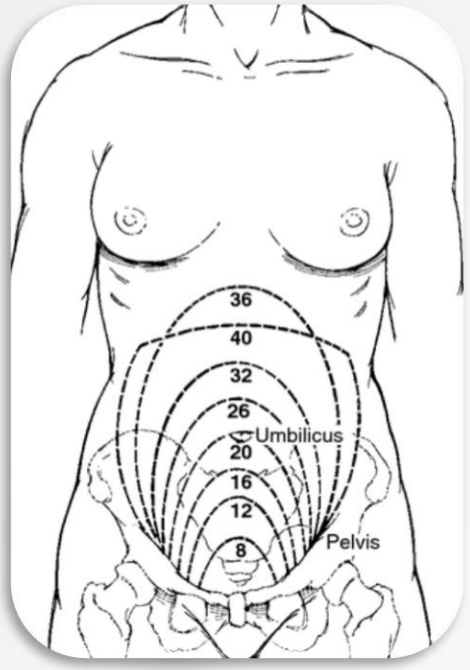
Leopold I	Leopold II	Leopold III	Leopold IV
• TFU • Bagian janin di fundus	• Kanan/kiri	• Presentasi	• Masuknya janin ke PAP • Divergen/Konvergen • Berapa jari?
Awal Trimester I	Akhir Trimester II	Akhir Trimester II	>36 Minggu
↓	↓	↓	
Usia Janin	**Letak**	**Presentasi**	
Rumus McDonald's TFU (cm) x 2/7 [BULAN] Atau TFU (cm) x 8/7 [MINGGU] ATAU TFU (cm) + 4 [MINGGU}	• Memanjang • Melintang • Oblique	• Kepala • Bokong • Wajah • **Dahi** → SC	

Bokong: Massa bulat, **kenyal**, simetris
Punggung: Massa **keras, Panjang** seperti papan
Tangan: **Bagian bagian kecil**
Kepala: Bulat, keras, melenting, **ballottement (+)**



Perkiraan Usia Kehamilan

Rumus Bartolomew



- 8 minggu : Sebesar telur bebek
- 12 minggu : Di atas simpisis
- 20/22 minggu : Umbilicus
- 32 minggu : Pertengahan umbilicus dan processus xyphoideus
- 36 minggu : 3 jari dibawah processus xyphoideus

Rumus McDonald's

TFU (cm) x 2/7 [BULAN]
Atau
TFU (cm) x 8/7 [MINGGU]
ATAU
TFU (cm) ± 4 [MINGGU]

Taksiran Berat Janin

Johnson Tousac

TBJ = TFU – N x 155 gram

N :
13 = belum masuk PAP
12 = sudah masuk PAP sblm spina ischiadica
11 = sudah masuk > spina ischiadica

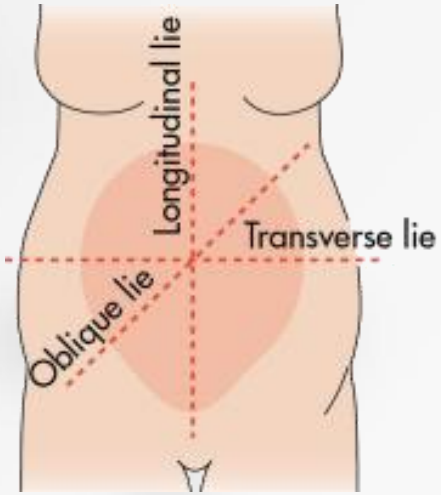
Risanto

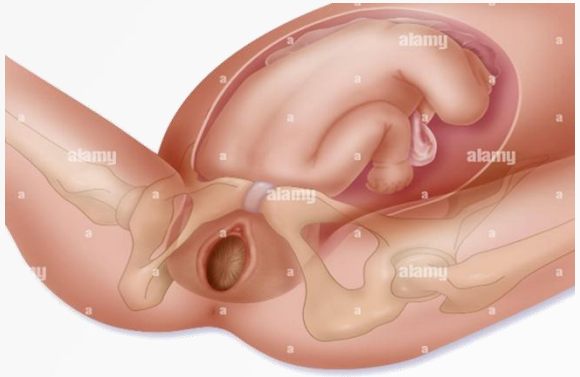
TBJ = (125 x TFU) – 880

Hubungan fetus dengan jalan lahir

Hubungan Fetus dengan Jalan Lahir

Situs/letak (lie)	Presentasi (presentation)	Position	Habitus/sikap (attitude)
Hubungan sumbu panjang janin dan ibu • Situs memanjang / membujur (**longitudinal**) • Situs melintang (**tranversal**) • Situs miring (**oblique**)	Bagian **terbawah** janin • Presentasi kepala (**vertex**) • Presentasi **bokong** • Presentasi **bahu** • Presentasi **muka**	Letak titik anatomis tertentu janin terhadap sisi kiri atau kanan jalan lahir • Presentasi kepala: **occiput** • Presentasi muka: **dagu** • Presentasi bokong: **sacrum**	Hubungan antara sumbu kepala janin dg sumbu tengah janin. • Contoh: fleksi, defleksi ringan, sedang, defleksi penuh

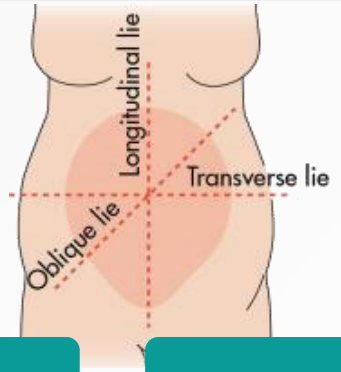




Hubungan Fetus dengan Jalan Lahir

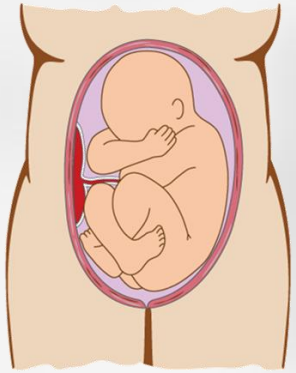
Situs/letak (lie)

Hubungan sumbu Panjang janin dengan ibu



Memanjang / Membujur / Longitudinal

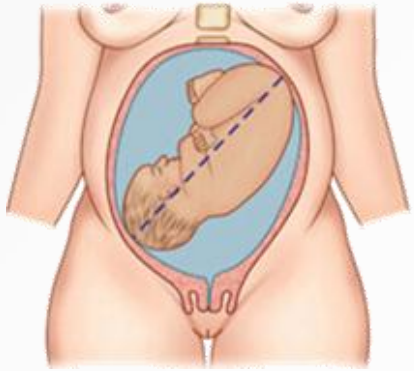
- Leopold I/III → ballottement (+)/kepala



- Letak Longitudinal
- Presentasi bokong

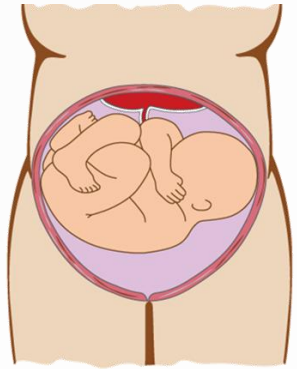
Miring / oblique

- Leopold I/III → bagian-bagian kecil
- Leopold II → ballottement (+)

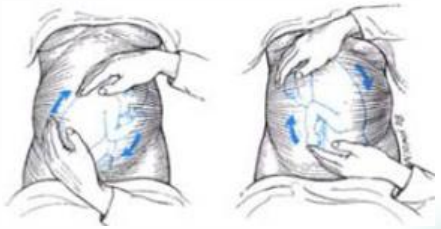


Melintang / Transversal

- Leopold I/III → tidak teraba
- Leopold II → ballottement ki/ka



- Tx: Versi luar, Syarat:
  - Pembukaan <4cm
  - Ketuban intak
  - UK >36 Minggu



Hubungan Fetus dengan Jalan Lahir

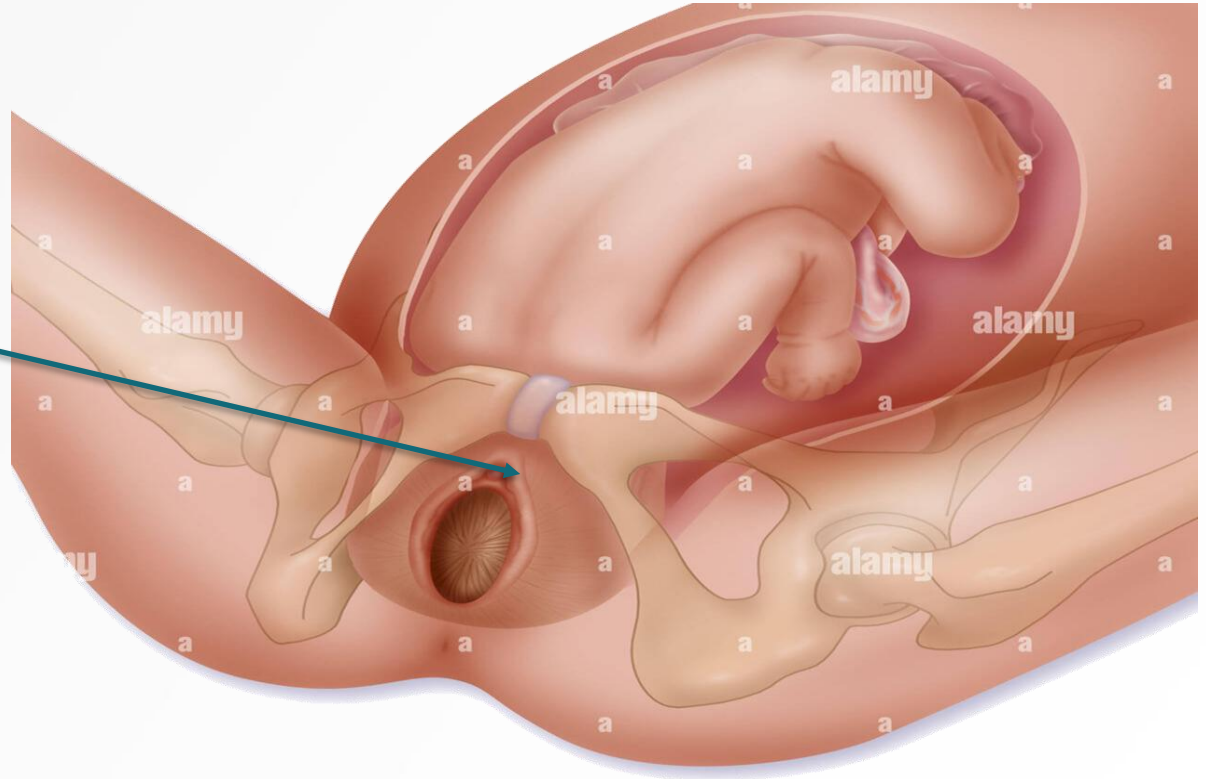
Presentasi

Bagian terbawah janin

VT → UUK

Vertex

VT → (-) UUK



Hubungan Fetus dengan Jalan Lahir

VT → (-) UUK → **Mal-Presentasi**

VT Bagian kecil + kepala	VT & L III lunak	VT teraba mata, mulut	VT UUB (Sinsiput, mata)
Presentasi Ganda	**Presentasi Bokong**	**Presentasi Wajah**	**Presentasi Dahi / Brow Presentation**

- Tredelenberg → PSP
- Gagal → SC

→ **SC**

Frank Breech — Bokong murni

- Kedua panggul fleksi
- Kedua lutut ekstensi

Complete breech — Bokong sempurna

- Kedua panggul fleksi
- Lutut fleksi

→ Pembukaan lengkap Hodge III-IV

Footling

- Salah satu panggul tidak fleksi

Kneeling

- Salah satu panggul ekstensi
- Lutut fleksi

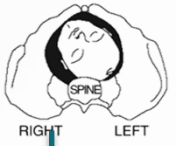
→ **SC**

Pervaginam
Pinard → tungkai
Lovset → bahu
Mauriceu smellie velt → kepala

MED+EASY
PI-LO-MA

Denominator → Mentum (dagu)

Anterior



→ Bisa Pervaginam

Posterior

→ **SC**

Brow presentation

→ **SC**

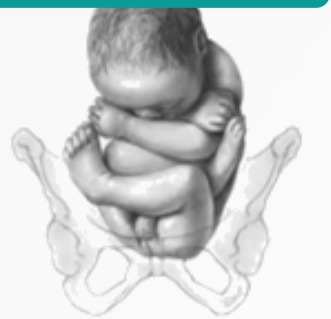
Presentasi Bokong

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Presentasi Bokong

Jenis Presentasi Bokong

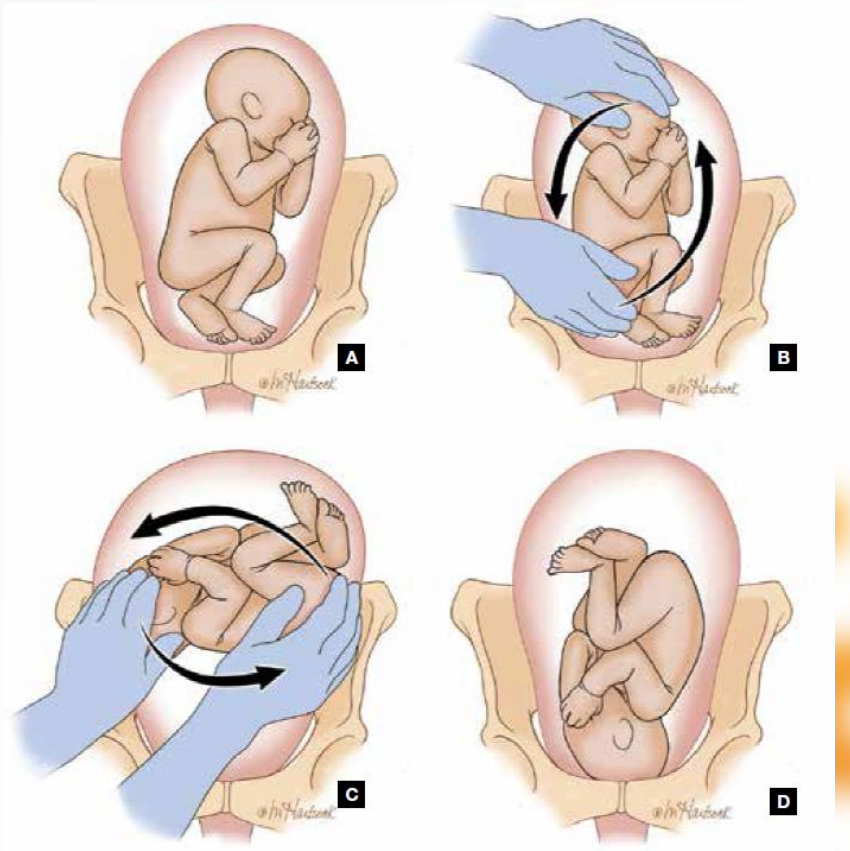
- Presentasi bokong murni (*Frank Breech Presentation*)
- Presentasi bokong kaki (*Complete Breech*)
- Presentasi kaki (*Incomplete Breech*)
- Presentasi lutut (kneeling breech)

Frank Breech Bokong murni	Complete breech Bokong sempurna	Footling	Kneeling
			
• Kedua panggul fleksi • Kedua lutut ekstensi	• Kedua panggul fleksi • Lutut fleksi	• Salah satu panggul tidak fleksi	• Salah satu panggul ekstensi • Lutut fleksi

Presentasi Bokong

Tatalaksana Sebelum Inpartu

- **Versi luar (*external cephalic version* /ECV) → mengubah janin menjadi presentasi kepala** dengan memberikan tekanan dan manuver tertentu pada perut ibu
  - **Dilakukan sebelum persalinan → idealnya UK 37 minggu**



Presentasi Bokong

Tatalaksana

Metode Persalinan

- Per vaginam → dilakukan bila janin aterm
  - **Persalinan spontan / cara *Bracht*** → janin dilahirkan dengan **tenaga ibu sendiri**
  - *Manual aid* → janin dilahirkan sebagian dengan tenaga ibu dan sebagian lagi oleh tenaga penolong
  - *Total breech extraction* (ekstraksi sungsang) → janin dilahirkan sepenuhnya oleh tenaga penolong
- SC → dilakukan bila janin preterm

Manual Aid Presentasi Bokong

Bagian terbawah: kaki atau tubuh bagian bawah

- PSP → Bracht Maneuver
- Maneuver Pinard

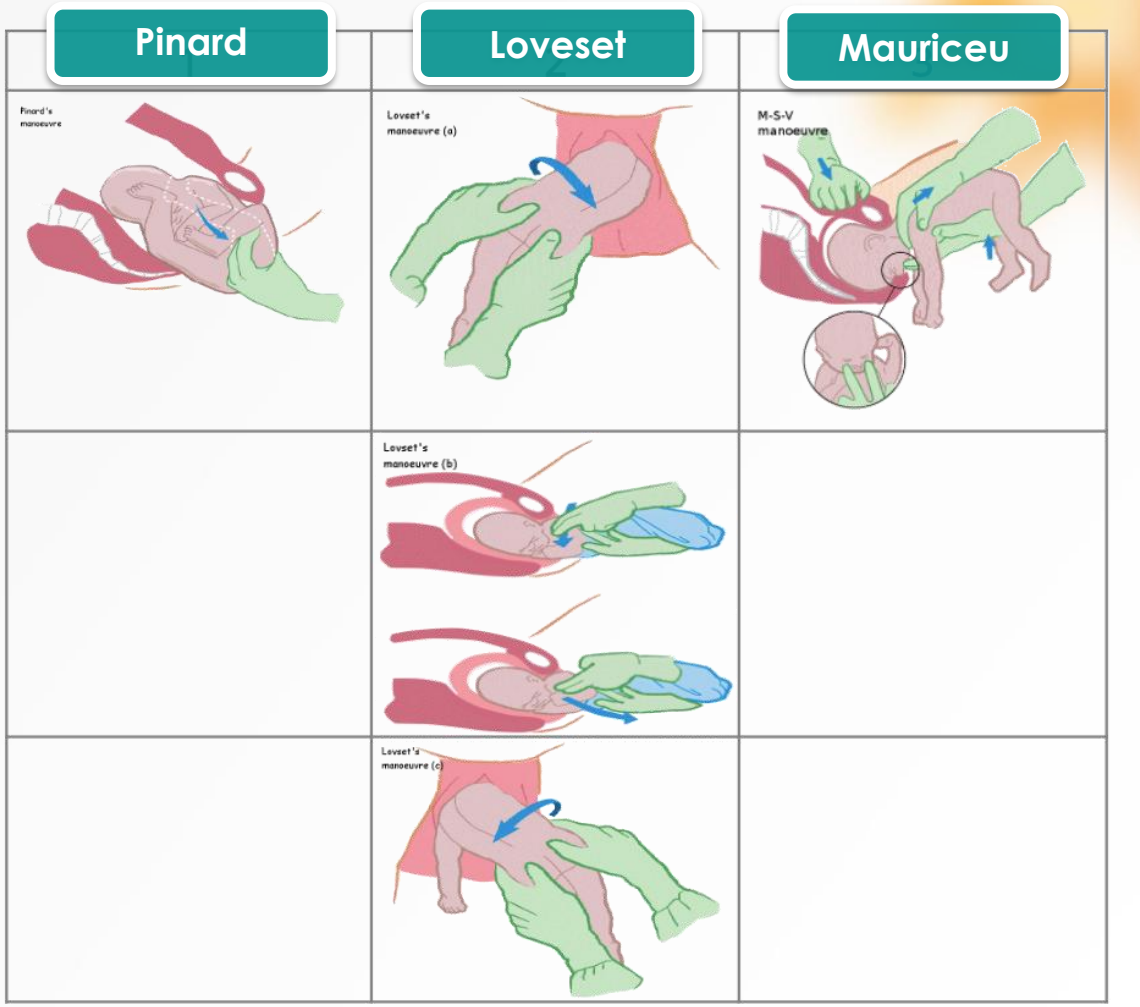
Bracht

Pengeluaran bahu:

maneuver Loveset

Pengeluaran kepala

- Mariceau-Smellie-Veit maneuver



Presentasi Wajah

Presentasi Wajah

Pemeriksaan dalam

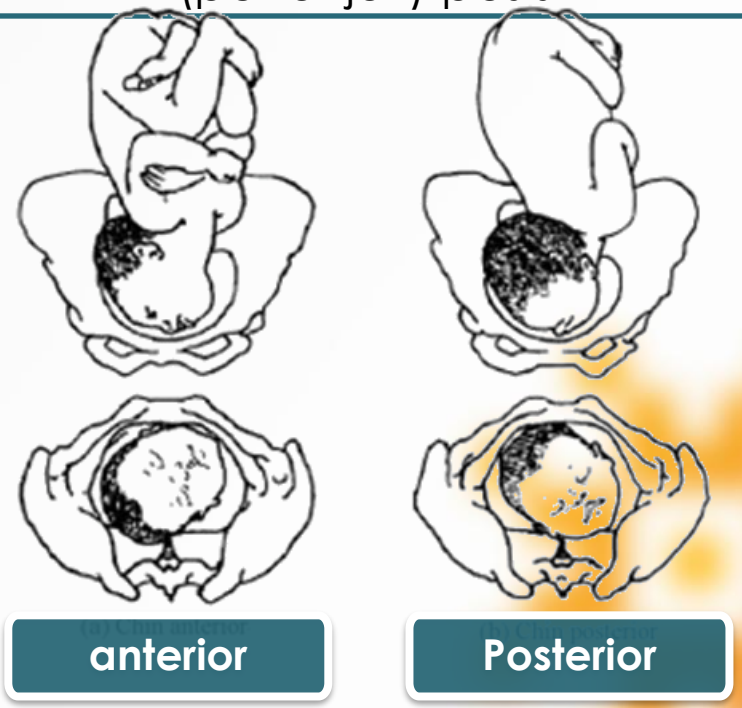
- Muka dengan muka teraba, teraba **mulut dan bagian rahang mudah diraba, tulang pipi, tulang orbita**. Kepala janin dalam keadaan defleksi maksimal.
- Dalam soal: VT → **Teraba mulut dan tulang pipi**

Pilihan Persalinan

- **Anterior**
  - Pembukaan lengkap → **PSP**
- **Posterior**
  - Diutamakan **SC**

Denominator

Dalam presentasi wajah, Dagu berperan sebagai denominator (penunjuk) posisi



anterior | Posterior

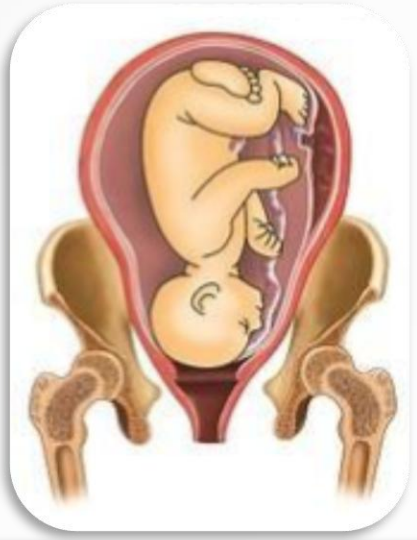
Presentasi Dahi

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Presentasi Dahi

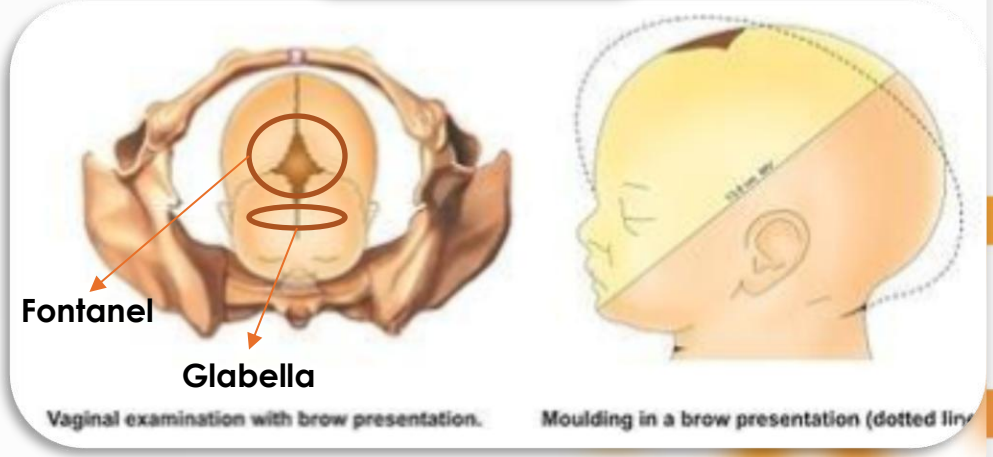
Pemeriksaan vaginal

- Teraba **fontanella anterior dan orbita**,
- Bagian kepala masuk pintu atas panggul (PAP)

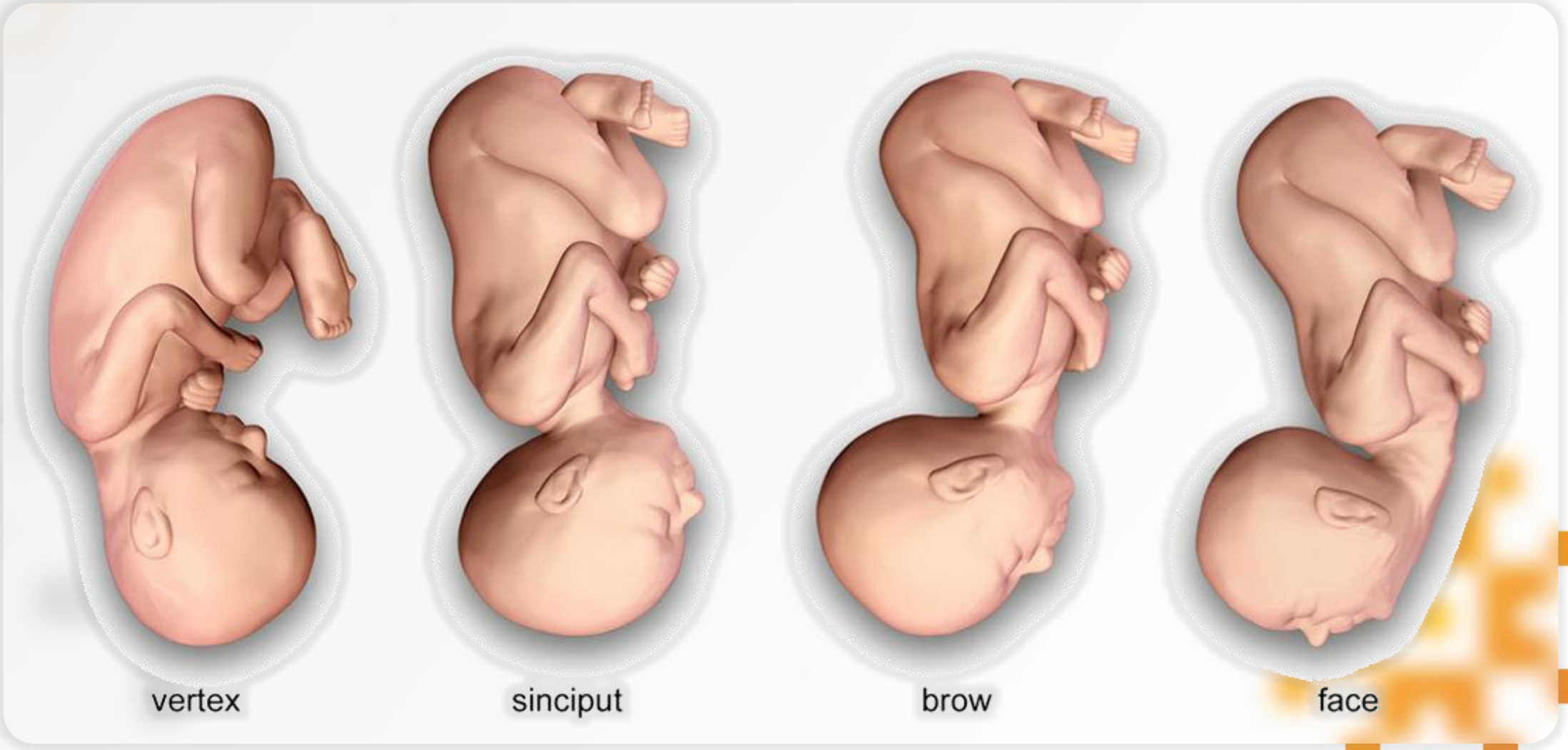


Pilihan Persalinan

- Presentasi dahi merupakan diameter yang PALING besar, sehingga sulit lahir pervaginam → **SC**



Jenis Presentasi Kepala



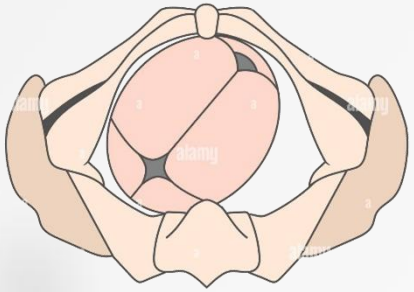
Hubungan Fetus dengan Jalan Lahir

Letak titik anatomis tertentu janin terhadap sisi kiri atau kanan jalan lahir
- Presentasi kepala: **occiput**
- Presentasi muka: **dagu**
- Presentasi bokong: **sacrum**

Posisi

Posisi Normal

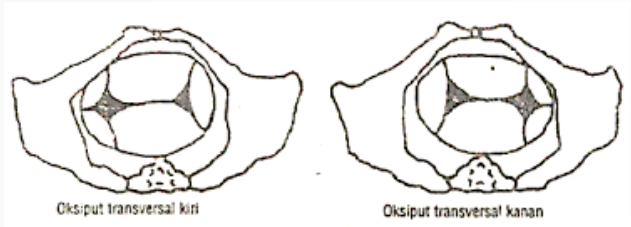
VT : Oksiput / UUK anterior



Malposisi

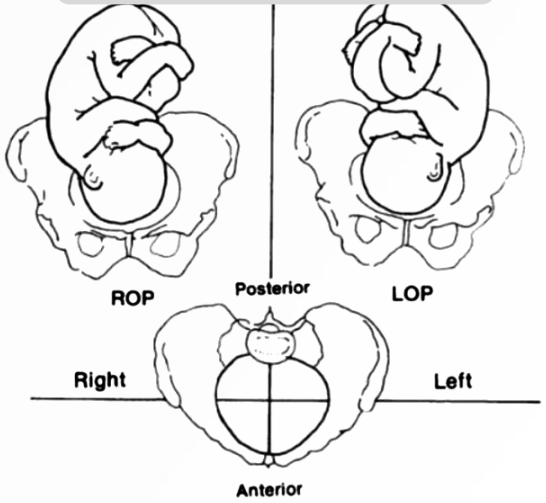
Oksiput Lintang

VT : Oksiput di arah jam 3 atau 9



Oksiput Posterior

VT : Oksiput di sakrum, sinsiput di anterior

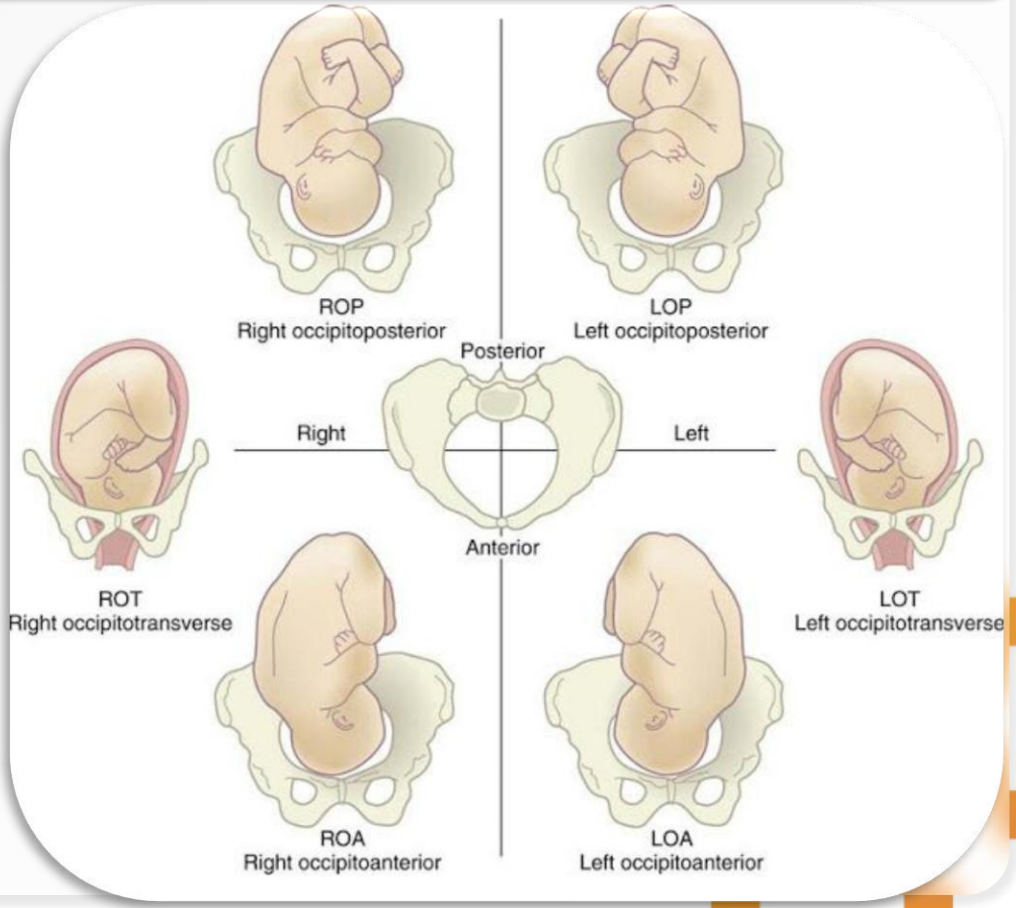


Hubungan Fetus dengan Jalan Lahir

4A

Posisi

- Titik anatomis yang dipakai sebagai denominator tergantung presentasi janin:
  - Presentasi kepala → patokan **occiput**
  - Presentasi muka → patokan **dagu (mento)**
  - Presentasi bokong → patokan **sacrum**



Diagnosis ibu ini apa?

Ibu UK 38 minggu, tanda inpartu (+), VT: UUK dan tangan, bukaan 6 cm.

Kala I fase aktif dengan presentasi ganda

Kala I fase aktif dengan Kehamilan ganda

MEDSENSE plus

MED+QUIZ

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

MED+QUIZ – 1

Seorang wanita usia 30 tahun G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu sedang berada dalam kala II persalinan. Saat ini kondisi TTV dalam batas normal. DJJ 150 x/menit. TFU sesuai usia kehamilan. Hasil pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan lengkap, kulit ketuban intak, dan teraba bagian mentum arah jam 6.

Apakah persentasi janin dan pilihan persalinan pada kasus?

A. Presentasi wajah, SC
B. Presentasi wajah, pervaginam
C. Presentasi dahi, SC
D. Presentasi dahi, pervaginam
E. Presentasi kepala, pervaginam

MED+QUIZ – 1

Seorang wanita usia 30 tahun **G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu** sedang berada dalam **kala II persalinan**. Saat ini kondisi TTV dalam batas normal. DJJ 150 x/menit. TFU sesuai usia kehamilan. Hasil pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan lengkap, kulit ketuban intak, dan **teraba bagian mentum arah jam 6.**

Apakah **persentasi janin dan pilihan persalinan** pada kasus?

A. **Presentasi wajah, SC**
B. Presentasi wajah, pervaginam
C. Presentasi dahi, SC
D. Presentasi dahi, pervaginam
E. Presentasi kepala, pervaginam

MED+QUIZ – 2

Wanita 27 tahun, G2P1A0 UK 39 minggu datang ke rumah sakit dengan keluhan kenceng-kenceng sejak 6 jam terakhir. Saat ini kenceng-kenceng dirasakan semakin sering dan keluar lender darah dari jalan lahir. Keluar cairan bening disangkal. Pemeriksaan tanda vital TD 120/80, HR 80, T 36.6 C, RR 20. Pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 4 cm, teraba kepala di tepi bawah simfisis pubis, ketuban (+).

Setinggi hodge berapa letak kepala janin pada kasus diatas?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan diagnosis berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan diagnosis tersebut menjadi...
2	Hodge II	DJJ janin 144 x/menit	-2, -1, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 2

Wanita 27 tahun, G2P1A0 UK 39 minggu datang ke rumah sakit dengan keluhan kenceng-kenceng sejak 6 jam terakhir. Saat ini kenceng-kenceng dirasakan semakin sering dan keluar lender darah dari jalan lahir. Keluar cairan bening disangkal. Pemeriksaan tanda vital TD 120/80, HR 80, T 36.6 C, RR 20. Pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 4 cm, **teraba kepala di tepi bawah simfisis pubis, ketuban (+).**

Setinggi **hodge berapa** letak kepala janin pada kasus diatas?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan diagnosis berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan diagnosis tersebut menjadi...
2	Hodge II	DJJ janin 144 x/menit	-2, -1, 0, +1, **+2**

MEDSENSE plus

4A

Persalinan Normal

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

Partus Normal dan Fisiologis

4A

Partus normal

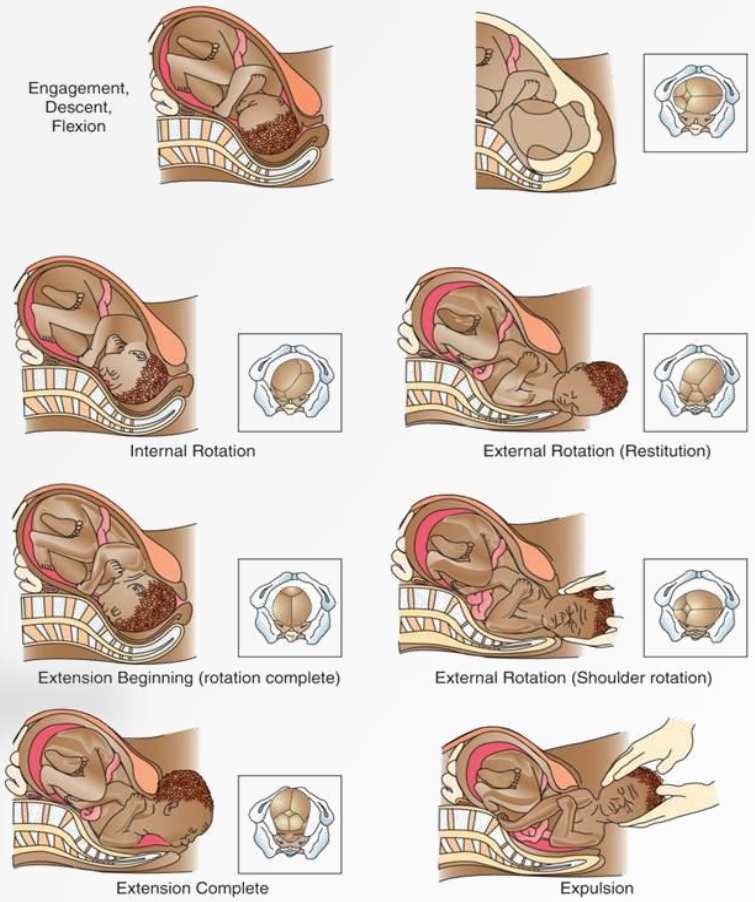
- Dengan kekuatan ibu sendiri (spontan)
- Bayi Tunggal, Hidup, Intra Uterine
- Cukup bulan
- Presentasi belakang kepala
- Berat Janin 2500-4000gram
- Berlangsung <18 Jam
- Tidak ada komplikasi pada kala I, II, III, dan IV

Partus fisiologis

- Sama dengan partus normal
- **USIA IBU 20-35 TAHUN**
- Paritas < 5

Partus Normal dan Fisiologis

7 Cardinal Movements



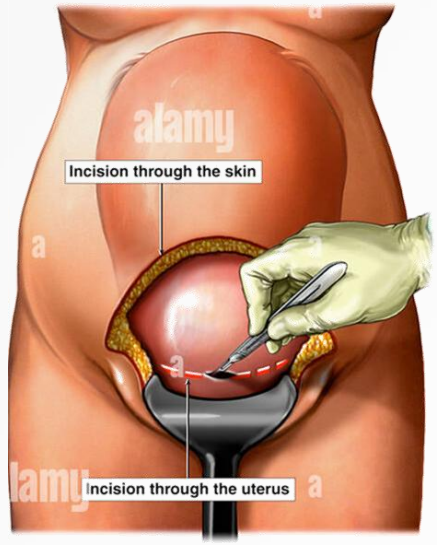
MED+EASY

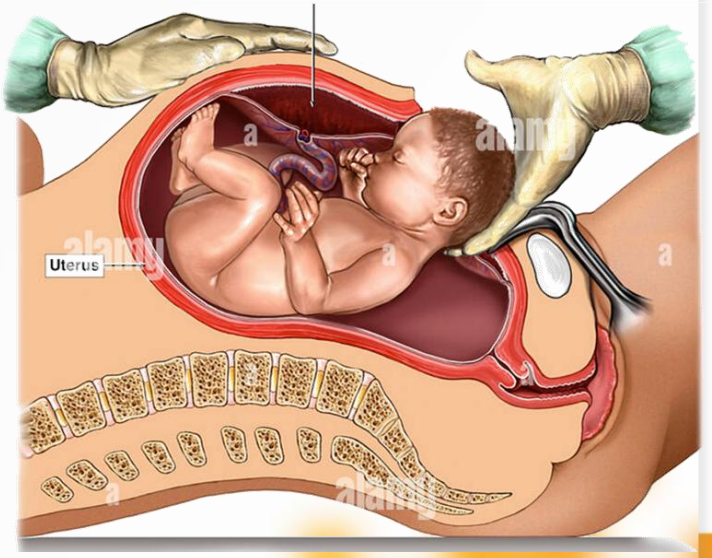
Every	=	Engagement
Darn	=	Descent
Fool	=	Flexion
In	=	Internal Rotation
Egypt	=	Extension
Eats Raw	=	External Rotation
Eggs	=	Expulsion

Partus Normal dan Fisiologis

Indikasi SC

- **Fetal distress** → DJJ Janin <</>>
- Plasenta previa totalis
- **CPD**
- Sudah pernah SC 2x
- Tumor yang menghalangi jalan lahir
- Pada kehamilan sesudah operasi vaginal (misal operasi fistel)
- Ibu menderita herpes genitalis
- Gagal pervaginam
- **Dagu Posterior**
- Presentasi Ganda





Inpartu dan Braxton Hicks

Braxton Hicks

4A

Definisi

- **Kontraksi sporadis** dan relaksasi otot rahim. Disebut juga sebagai **persalinan palsu / *false labour.***

Kontraksi

- **Intensitas dan durasi irregular (30 detik – 2 menit)**
- Bersifat tidak nyaman, bukan nyeri
- Tidak menyebabkan dilatasi / pembukaan → (-) Bloody show
- Dirasakan semakin sering saat sudah aterm
- Berubah dengan perubahan posisi

Braxton Hicks

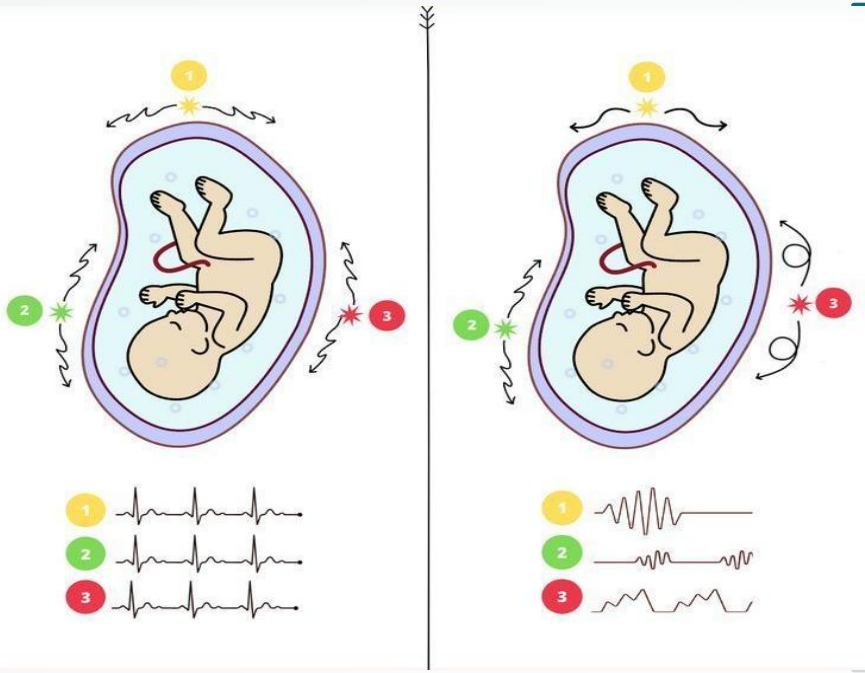
Tatalaksana

- **Tidak ada perawatan medis** untuk kontraksi Braxton Hicks. → **Observasi**
- Perhatikan tanda-tanda inpartu:
  - Bloody show (+)
  - Keluarnya cairan bening dari vagina
  - Kontraksi yang kuat setiap 5 menit selama satu jam
  - Kontraksi dirasakan lebih nyeri

Inpartu dan Braxton Hicks

Inpartu	Braxton Hicks

• HIS:
  • kuat, sering dan teratur, berasal dari fundus
• Keluar lendir campur darah bloody show (+)
• Serviks mendatar dan pembukaan (+)
• ± Pecah Ketuban
	• False labour
	• HIS:
	  • Lemah, jarang, tidak teratur, dirasakan di perut bagian bawah
	• Bloody show (-)
	• Pembukaan (-)
	• Tatalaksana :
	  • Observasi
	  • Edukasi



MEDSENSE plus

3B

Gawat Janin

0821 7355 5801

@medsense.plus

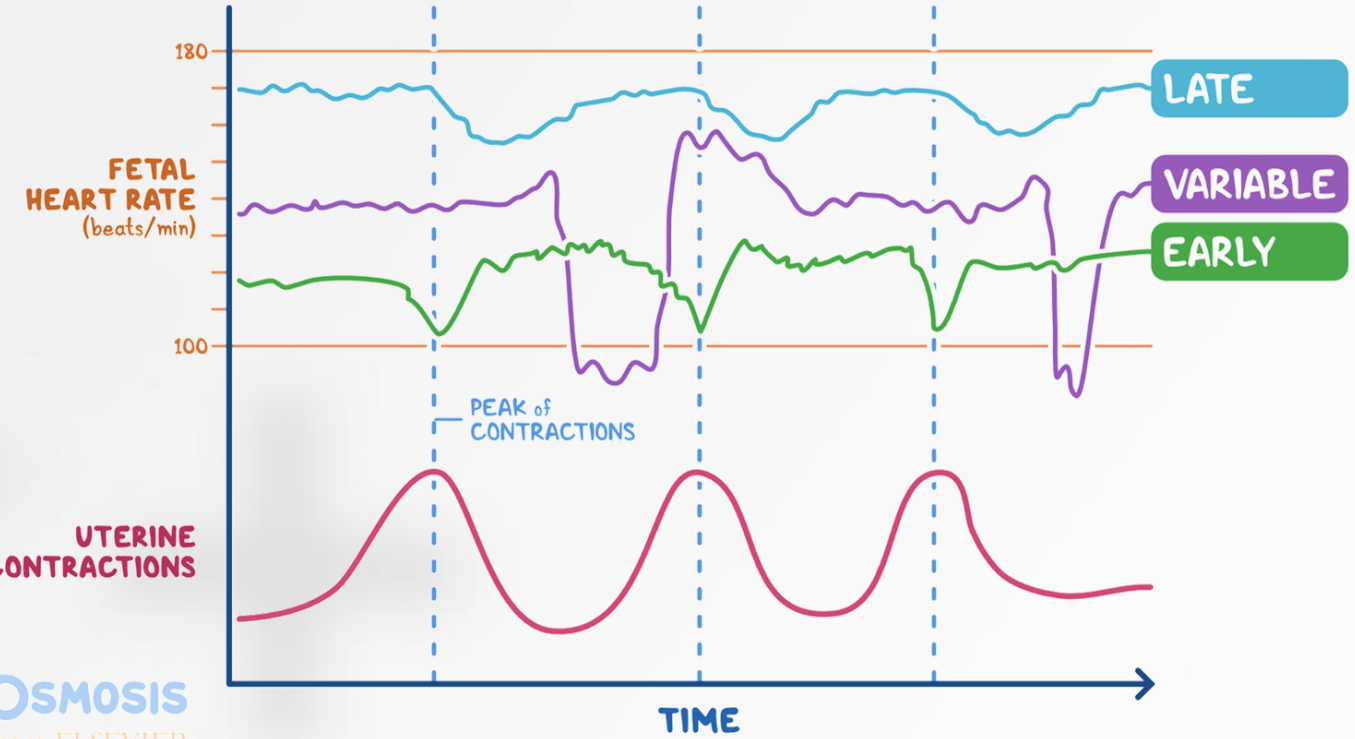
MEDSENSE

Gawat Janin

Kardiotokografi

- Teknik untuk menilai perubahan DJJ
- **Normal**: DJJ 110-160 kali/menit
- Interpretasi:
  - Kategori 1 (normal)
  - Kategori 3 (abnormal)

Parameter	Penyebab
MED⁺EASY	
VEAL → CHOPS	
Variable deceleration	→ Cord Compresion / Prolapse
Early deceleration	→ Head Compression
Acceleration	→ OK (aman)
Late deceleration	→ Placental insufficiency / Problem (ga aman) → SC Cito



Kriteria Gawat Janin

Takikardia janin: DJJ >160 kali/menit
Bradikardia janin: DJJ <110 kali/menit
Hilangnya variabilitas
Variable deceleration rekuren
Late deceleration

Tatalaksana

- **Resusitasi intrauterine**
- **Sectio Caesaria**

Gawat Janin

3B

Definisi

- Kelainan laju nadi janin yang paling sering disebabkan oleh hipoksia janin dan asidosis metabolic

Kriteria Gawat Janin (salah satu)

- Takikardia janin: DJJ >160 kali/menit
- Bradikardia janin: DJJ <110 kali/menit
- Hilangnya variabilitas
- *Variable deceleration* rekuren
- *Late deceleration*

Kardiotokografi

Kardiotokografi (CTG)

- Teknik untuk menilai perubahan DJJ
- Hal yang dinilai:
  - **DJJ *Baseline***: rata-rata DJJ yang dinilai minimal selama 2 menit
  - **Variabilitas**: Perubahan amplitudo dan frekuensi DJJ dari *baseline*
  - **Akselerasi**: Peningkatan DJJ dari baseline dengan durasi 15 detik – 10 menit
  - **Deselerasi**: Penurunan DJJ mendadak
  - **Kontraksi uterus**

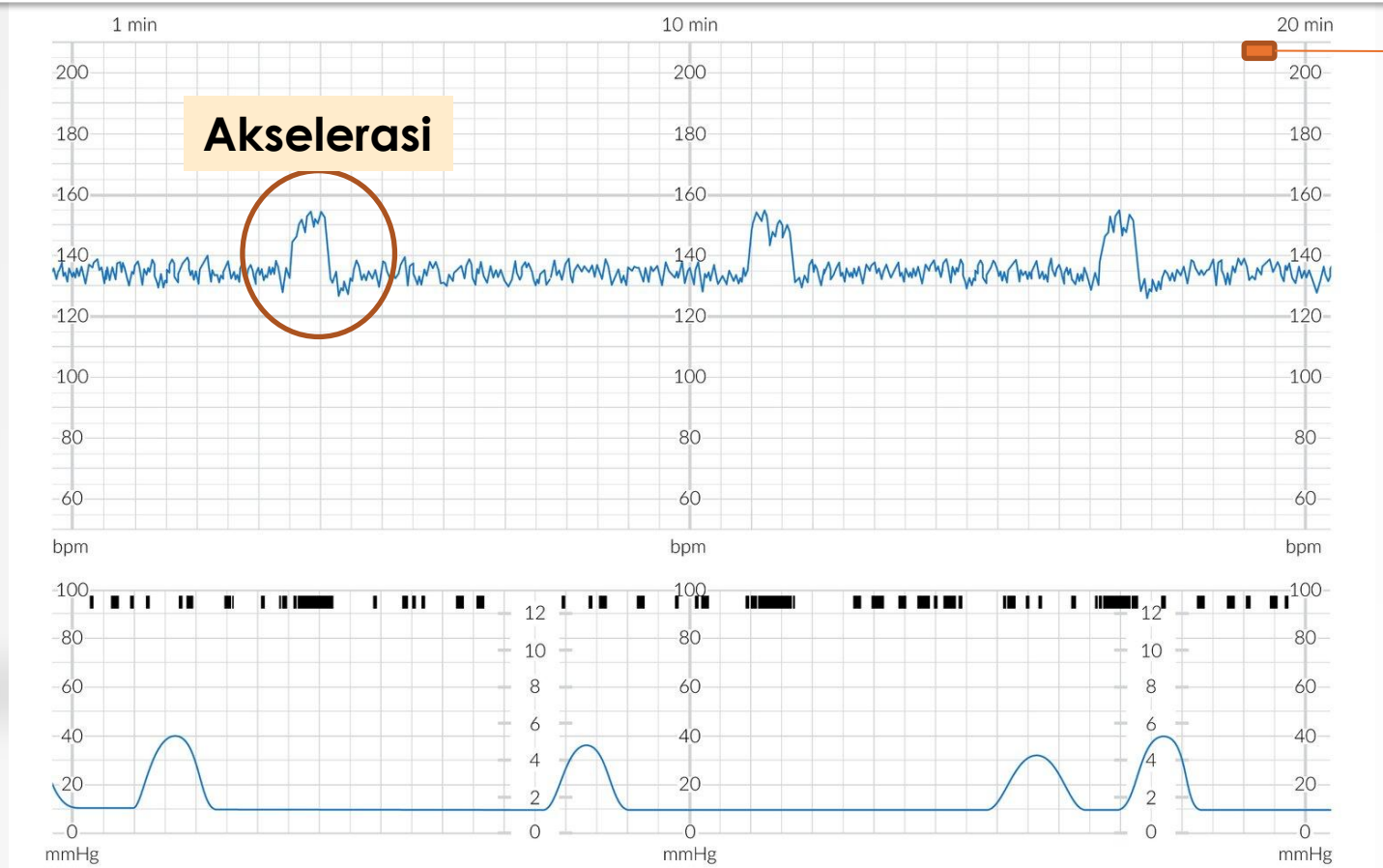
Denyut Jantung Janin (DJJ) Baseline

- Rata-rata DJJ yang dinilai minimal selama 2 menit
- **Normal**: DJJ 110-160 kali/menit
  - **Takikardia janin**: DJJ > 160 kali/menit
    - Demam maternal
    - Hipoksia
    - Anemia
  - **Bradikardia janin**: DJJ < 110 kali/menit
    - Gangguan jantung janin
    - Hipoksia berat

Akselerasi biasanya merupakan **respons normal** akibat aktivitas / gerakan janin

Kardiotokografi

CTG Normal



1 kotak kecil → 30 detik

DJJ Janin

Kontraksi Uterus

Kardiotokografi

Deselerasi → Penurunan DJJ >15 kali/menit selama maksimal 3 menit

Tipe	Etiologi	Karakteristik	
Early deceleration	Kompresi kepala janin yang menyebabkan respons vagal	Deselerasi maksimum terjadi **saat** kontraksi uterus mencapai puncak; >30 detik hingga mencapai titik terendah	**Deselerasi barengan dengan kontraksi**
Variable deceleration	Kompresi tali pusat / Prolaps tali pusat	Gambaran tidak berhubungan dengan kontraksi uterus; <30 detik hingga mencapai titik terendah	
Late deceleration	**Insufisiensi uteroplasenta (menyebabkan hipoksia dan asidosis)**	Deselerasi maksimum terjadi **setelah** kontraksi uterus mencapai puncak; >30 detik hingga mencapai titik terendah	**Deselerasi setelah kontraksi**

Parameter **MED⁺EASY** **Penyebab**

VEAL → CHOPS

Variable deceleration → **C**ord Compresion / Prolapse
Early deceleration → **H**ead Compression
Acceleration → **O**K (aman)
Late deceleration → **P**lacental insufficiency / **P**roblem (ga aman) → **SC Cito**

Deselerasi Pada CTG

BACKGROUND

* TEMPORARY but DISTINCT DECREASES of the FETAL HEART RATE (FHR)
  ~ IDENTIFIED during ELECTRONIC FETAL HEART MONITORING
* CLASSIFIED ACCORDING to their SHAPE & TIMING RELATIVE to UTERINE CONTRACTIONS

SYMPTOMS

* ↓↓ FETAL MOVEMENTS
* CRAMPING in MOTHER'S LOWER ABDOMEN

CLASSIFICATION

EARLY

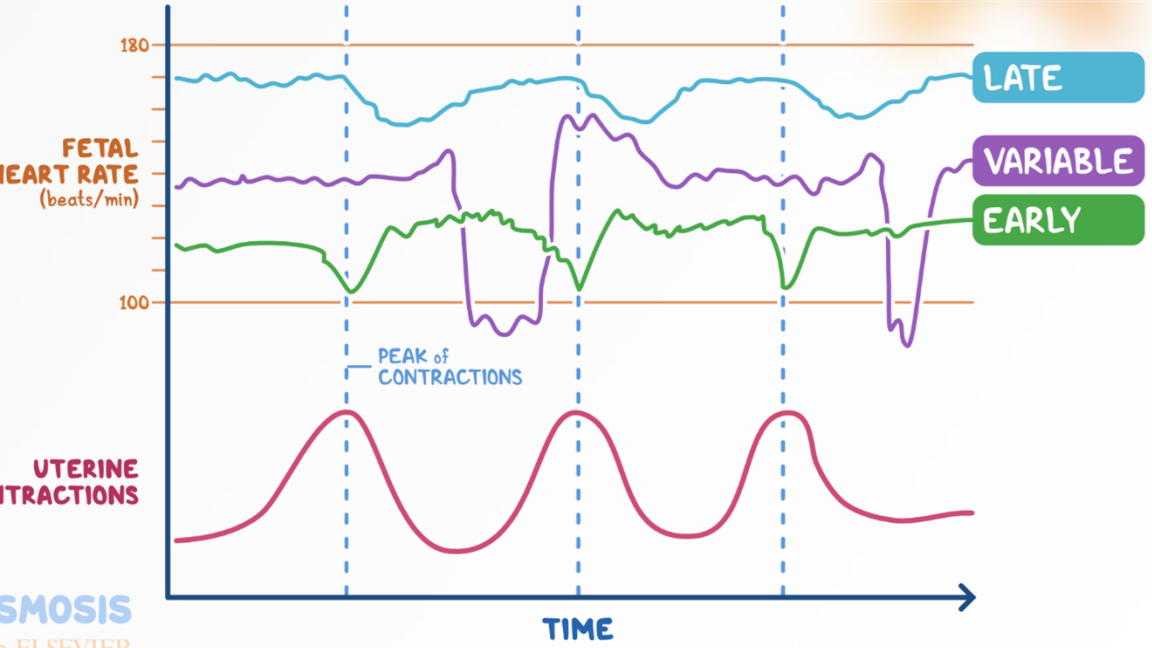
~ UNIFORM SHAPE
~ LOWEST POINT at SAME TIME as PEAK of CONTRACTION

LATE

~ UNIFORM SHAPE, but GRADUAL CHANGE
~ LOWEST POINT AFTER PEAK of CONTRACTION

VARIABLE (COMMON)

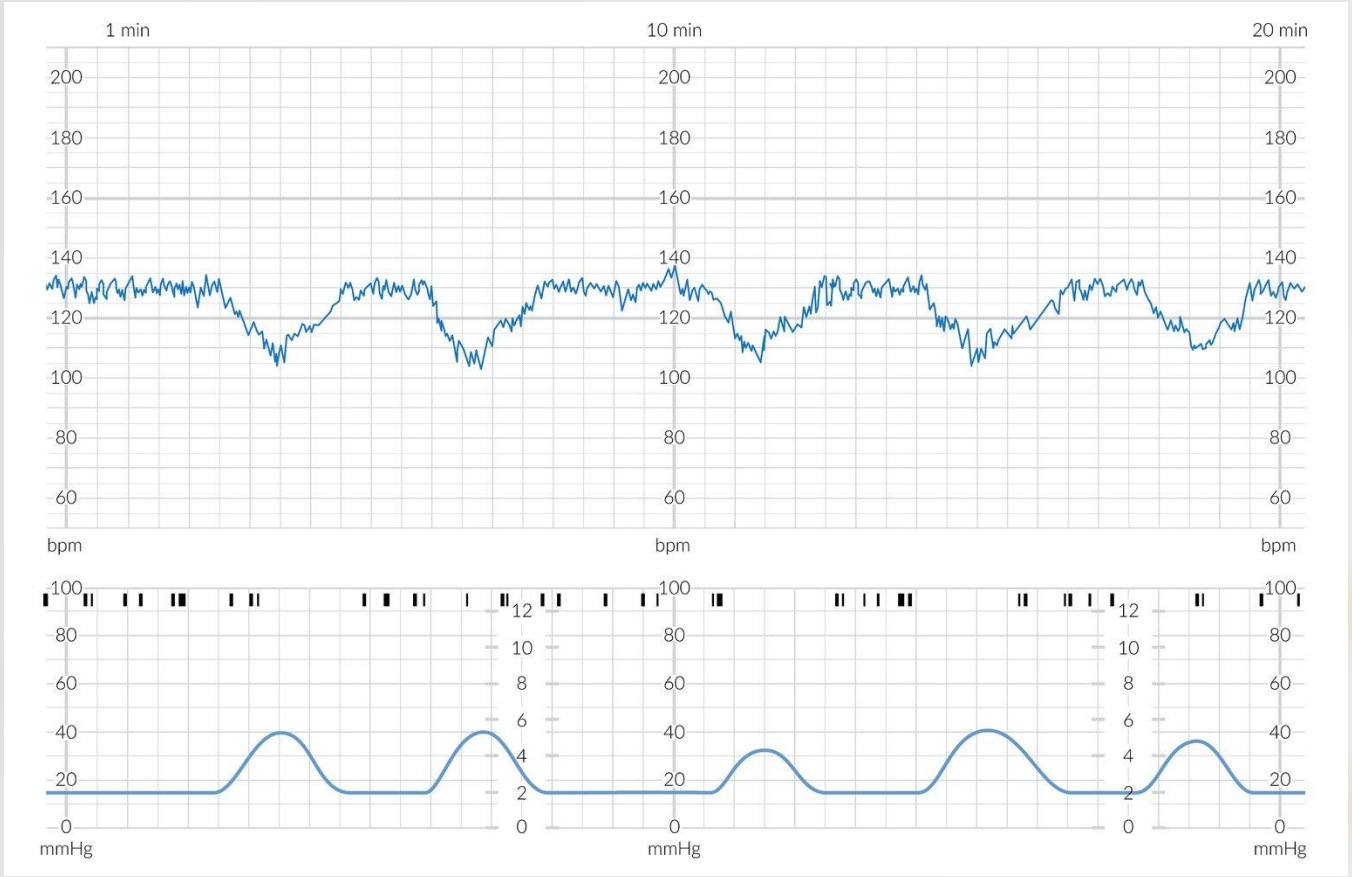
~ VARY in SHAPE, DURATION, & INTENSITY
~ NO CONSTANT with PEAK of CONTRACTION



OSMOSIS from ELSEVIER

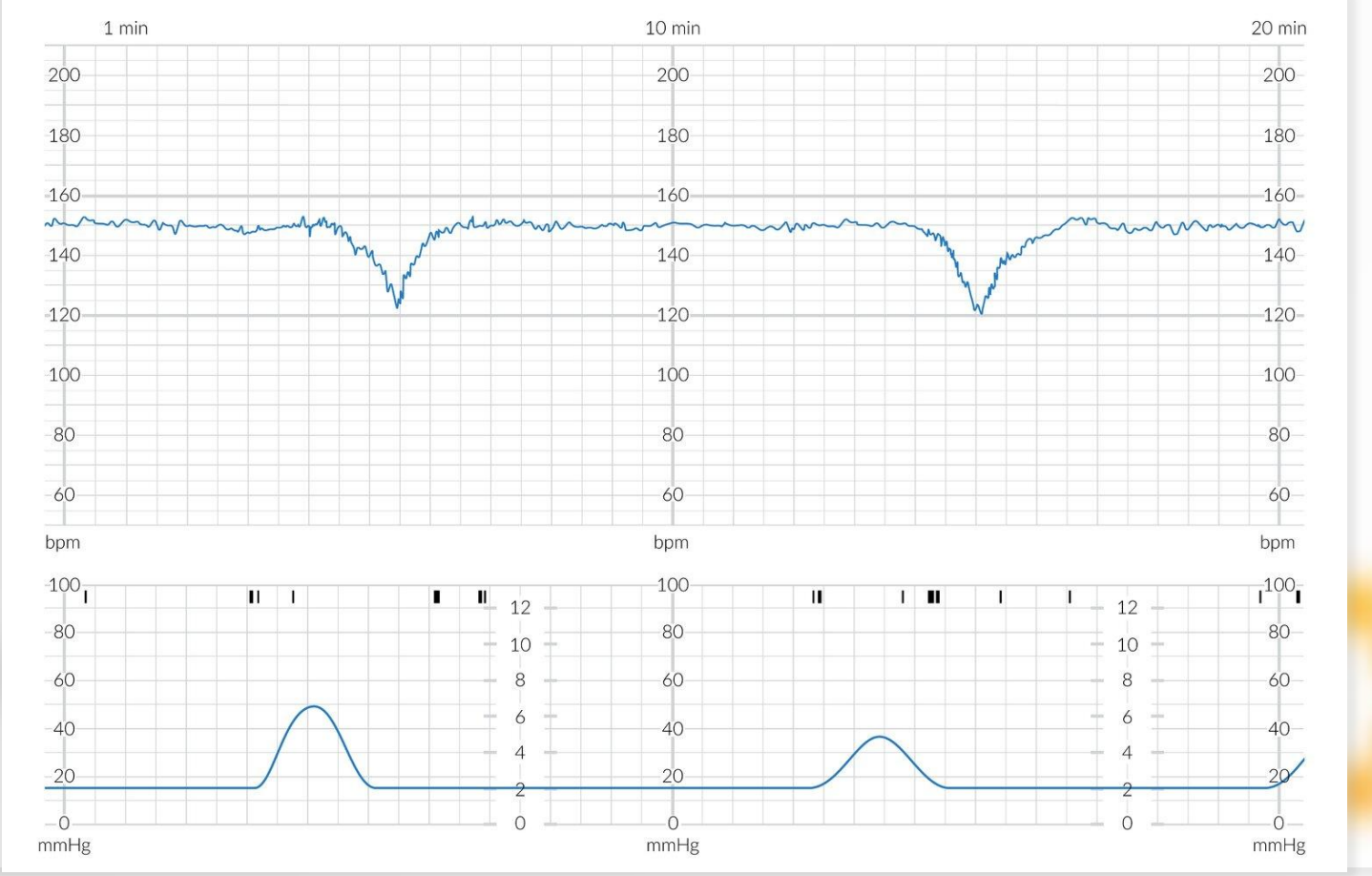
Kardiotokografi

Early Deceleration



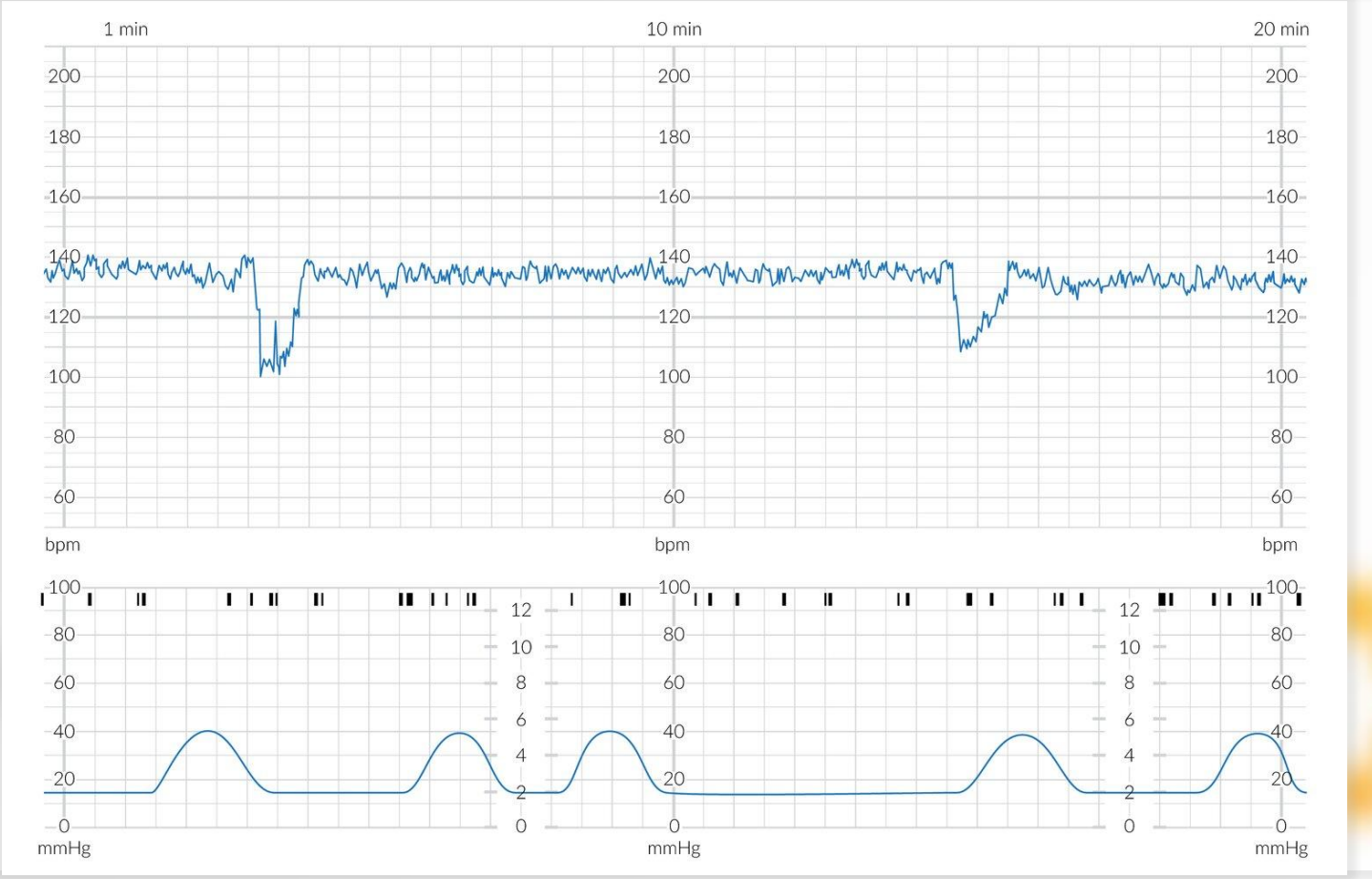
Kardiotokografi

Late Deceleration



Kardiotokografi

Variable Deceleration



Kardiotokografi

Interpretasi

Kategori 1 (normal)

- HR 110-160x/menit
- Variabilitas: moderat
- Akselerasi: bisa ada bisa tidak
- Deselerasi awal: bisa ada bisa tidak
- Tidak ada deselerasi lambat atau variabel

Kategori 2

- Bukan kategori 1 dan 3

Kategori 3 (abnormal)

- Tidak adanya variabilitas DJJ disertai:
  - **Deselerasi lambat rekuren**
  - Deselerasi variabel rekuren
  - Bradikardia
  - Pola sinusoidal

Gawat Janin

Tatalaksana

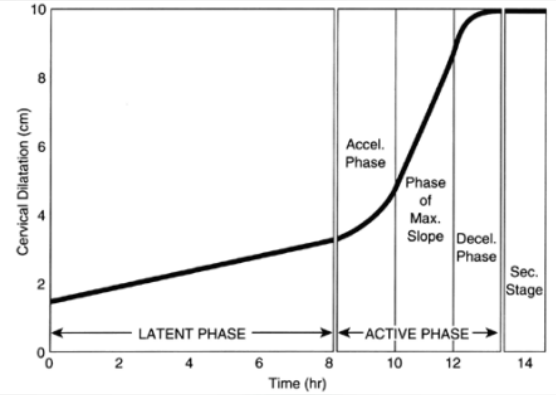
- **Resusitasi intrauterine**
  - Reposisi ibu
  - Rehidrasi ibu
  - Suplementasi oksigen
  - Amnioinfusion → pada kasus oligohidramnion
- **Sectio Caesaria** → Bila tidak terjadi perbaikan

MED⁺EASY
VEAL → CHOPS
Variable deceleration → **C**ord Compresion / Prolapse
Early deceleration → **H**ead Compression
Acceleration → **O**K (aman)
Late deceleration → **P**lacental insufficiency / **P**roblem (ga aman) → **SC Cito**

Kala Persalinan

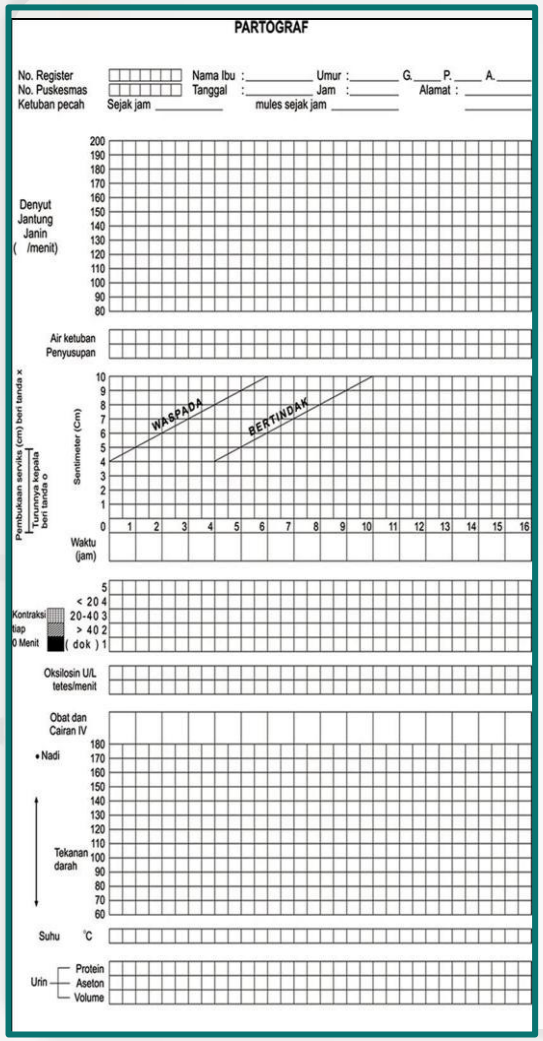
Asuhan Persalinan Normal

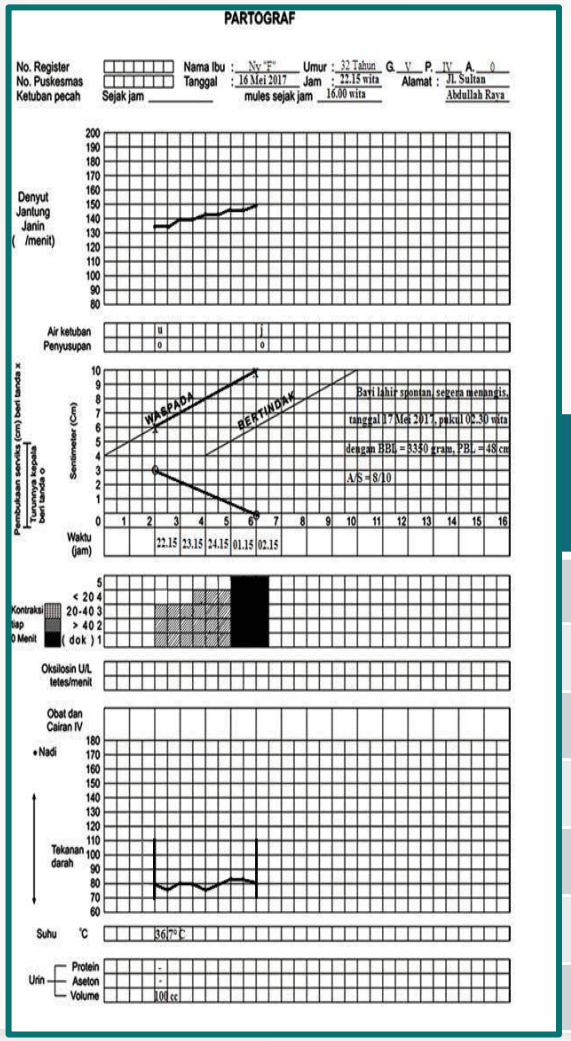
KALA I	KALA II	KALA III	KALA IV
FASE LATEN: 0 – 3 CM HIS: 1-2x selama 10-20 detik/1 jam **FASE AKTIF: 4 – 10 CM** HIS: 3-4x selama 30-40 detik/10 menit	**PEMBUKAAN LENGKAP** **+** **PERJOL** **DORAN** **VULKA** **TEKNUS** **Tx: pimpin persalinan < 30 menit**	**PLASENTA LAHIR LENGKAP < 30 MENIT** **Tx. MAK3** - **Injeksi Oksitosin 10 IU IM** - **PTT** - **Masase uterus**	**TTV IBU DAN PERDARAHAN** **1 jam pertama** • FU/15 menit **1 jam kedua** • FU/30 menit



Tanda plasenta lepas:
- Semburan darah banyak tiba-tiba
- Uterus globular
- Tali pusat memanjang

Partograf





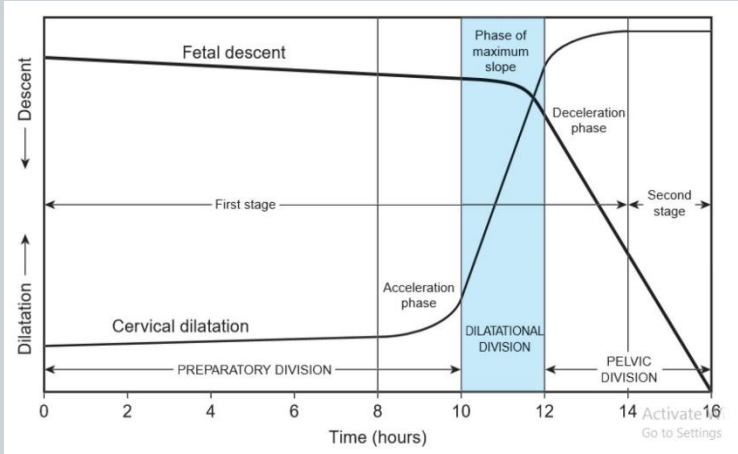
SELAPUT KETUBAN
U: UTUH
J: JERNIH
M: MEKONIUM
D: DARAH
K: KERING

Parameter	Frekuensi Pemeriksaan
Tekanan darah	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 – 60 Menit
DJJ	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam*
Penurunan Kepala	Setiap 4 jam*

Asuhan Persalinan Normal

4A

KALA I



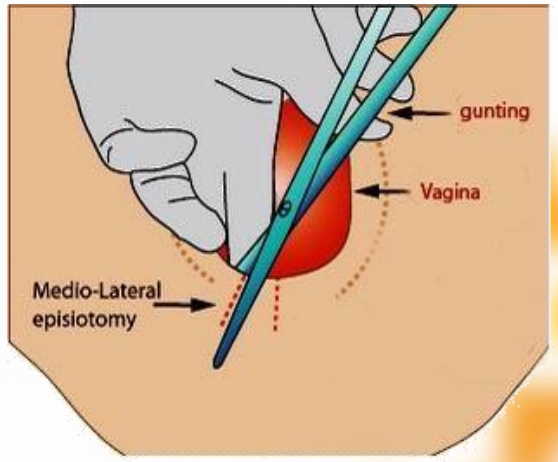
Fase Laten	Fase Aktif
	Pembukaan 4 – 10 CM (Lengkap)
Pembukaan 1 – 3 CM	Fase: (durasi tiap fase = 2 jam) Akselerasi : 3 – 4 CM Dilatasi Maksimal : 4 – 9 CM Deselerasi : 9 – 10 CM (Lengkap
HIS : 1-2x/jam/10-20"	HIS : 3-4x/10'/30-40"

Asuhan Persalinan Normal

Kala II	
• **Pembukaan serviks lengkap** • Kepala janin tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (crowning)	Penanganan: • Kosongkan vesika urinaria • Mengatur posisi partus (posisi saat mengejan) • Jaga kenyamanan ibu, asupan nutrisi, rehidrasi • Ajarkan cara mengejan • Cek DJJ saat dan setelah kontraksi

Indikasi Episiotomi:

- Perineum rigid
- Pertolongan persalinan **kala II primi**
- Patologi (tumor, sikatrik)
- Indikasi tertentu: bayi besar, distosia bahu, forceps, gawat janin



Asuhan Persalinan Normal

4A

Kala III
Injeksi Oksitosin • Injeksi oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bawah paha kanan bagian luar
Peregangan tali pusat terkendali • Jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit → 10 IU oksitosin IM → 30 menit plasenta belum lahir → rujuk atau manual plasenta
Masase Uteri • Cek tonus uteri

Kala IV	
• 2 Jam Post Partum	• Monitor kontraksi uterus
• Monitor tanda vital • **Setiap 15 menit** selama **jam pertama** • **Setiap 30 menit** selama **jam kedua**	• Perineorafi
	• Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan
	• Inisiasi Menyusui Dini

Tanda plasenta lepas:

- Semburan darah banyak tiba-tiba
- Uterus globular
- Tali pusat memanjang

Nifas (Puerperium)

Kunjungan → 4 kali

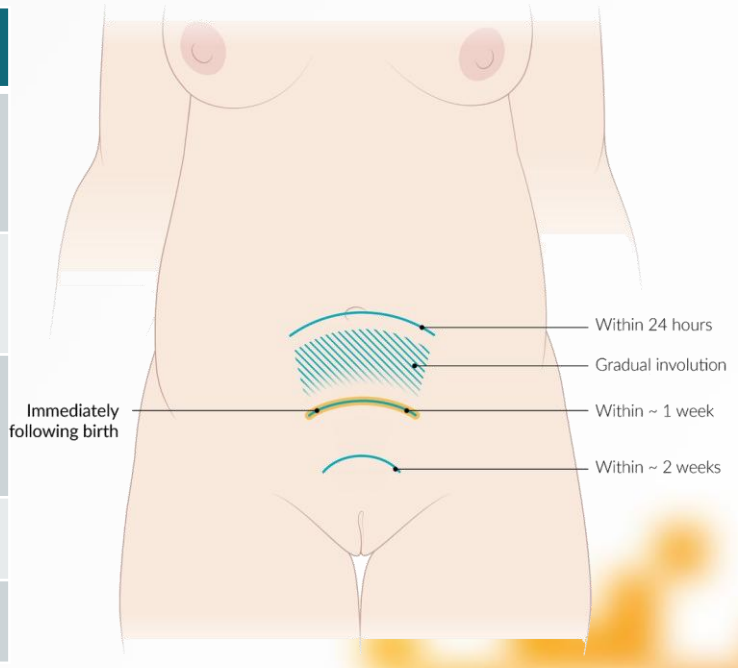
- Kunjungan 1: 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
- Kunjungan 2: 6 hari setelah persalinan
- Kunjungan 3: 2 minggu setelah persalinan
- Kunjungan 4: 6 minggu setelah persalinan

- Kunjungan I: 6 jam – 2 hari setelah persalinan (sebelum pulang)
- Kunjungan 2: 3 – 7 hari setelah persalinan
- Kunjungan 3: 8 – 28 hari setelah persalinan
- Kunjungan 4: 29 – 42 hari setelah persalinan

Pemeriksaan: tekanan darah, suhu tubuh, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, payudara dan ASI, risiko tinggi masa nifas, status mental, kontrasepsi, KIE dan kosneling

Nifas (Puerperium)

Involusi Uterus	Tinggi Fundus Uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat / 2 jari dibawah pusat	1000gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750gr
2 minggu	Tidak teraba di-atas simfisis pubis	500gr
6 minggu	normal	50gr
8 minggu	normal	30gr (normal)



Jika lebih lama dari seharusnya → **Subinvolusio uteri**

08[illegible]6801 @medsense.plus MEDSENSE

Nifas (Puerperium)

Bekas implantasi		
Placental bed mengecil karena kontraksi cavum uteri		
Jalan lahir sembuh dalam 6-7 hari		
Lochia: cairan sekret berasal dari cavum uteri		
Terminologi	**Warna**	**Waktu**
Lochia Rubra (cruenta)	Merah	1 – 2 Hari
Lochia Sanguinolenta	Merah – kuning Darah (+) Lendir (+)	3 – 7 Hari
Lochia Serosa	Kuning Darah (-) Lendir (-)	7 – 14 Hari

Lochia berbau normal seperti ***Vaginal Discharge*** jika **berbau busuk** dan disertai **sub-involusi** uterus → Curiga **Endometritis / metritis**

Kelainan Kala Persalinan

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Kelainan Kala I

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Kelainan Kala I

Pola Persalinan	Kriteria diagnosis	
	Nullipara	Multipara
Persalinan Memanjang (*Prolonged latent phase / Fase Laten Memanjang*)		
Pembukaan 0 – 3 CM	>20 jam	>14 jam
Persalinan Terhambat / Kasep (*Prolonged Active Phase / Fase Aktif Memanjang*)		
Protracted active phase dilatation	<1,2 cm/jam	<1,5 cm/jam
Protracted descent	<1 cm/jam	<2 cm/jam
Persalinan Macet / Partus Tak Maju (*Arrest Disorder*)		
Secondary arrest of dilatation	>2 jam	>2 jam
Prolonged deceleration phase	>3 jam	>1 jam
Arrest of descent	Gagal turun selama >1 jam pada fase dilatasi maksimal	
Failure of descent	Gagal turun selama fase deselerasi – Kala II	

Kelainan HIS → Inertia Uteri

- Primer: his lemah dari awal persalinan
- Sekunder : mula-mula HIS adekuat, lalu melemah (akibat kelelahan)

RUJUK ke RS yang bisa melakukan SC

Tentukan penyebab partus macet (3P)

- **Power** → his tidak adekuat
  - **Augmentasi** dengan oksitosin / amniotomi
- Passenger → bayi besar, malposisi, malpresentasi
  - Forsep, vakum, SC
- Passage → cephalopelvic disproportion, tumor
  - Forsep, vakum, SC
- Gabungan dari faktor diatas

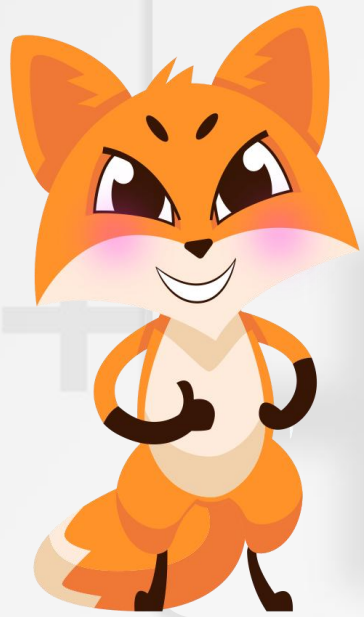
Perhatikan **lokasi** scenario kasus

Tatalaksana partus lama dan partus macet:

- **Faskes primer : Inf oksitosin (augmentasi) → rujuk**
- **Faskes sekunder : Inf oksitosin (augmentasi) → SC**

Perbedaan Induksi dan Augmentasi:

- **Induksi: Menimbulkan persalinan**
- **Augmentasi: memperkuat HIS**



Kelainan Kala II

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

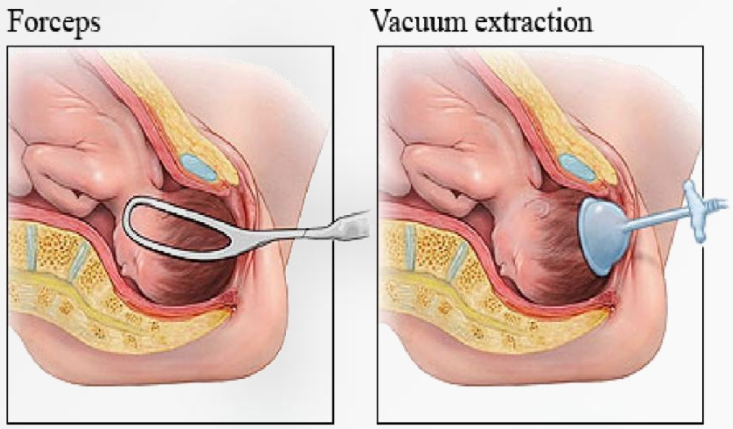
Kelainan Kala II

Kala II Memanjang

- > 2 jam (Nullipara)
- > 1 jam (Multipara)

HIS (+) dan Presentasi oksiput → **Vakum**

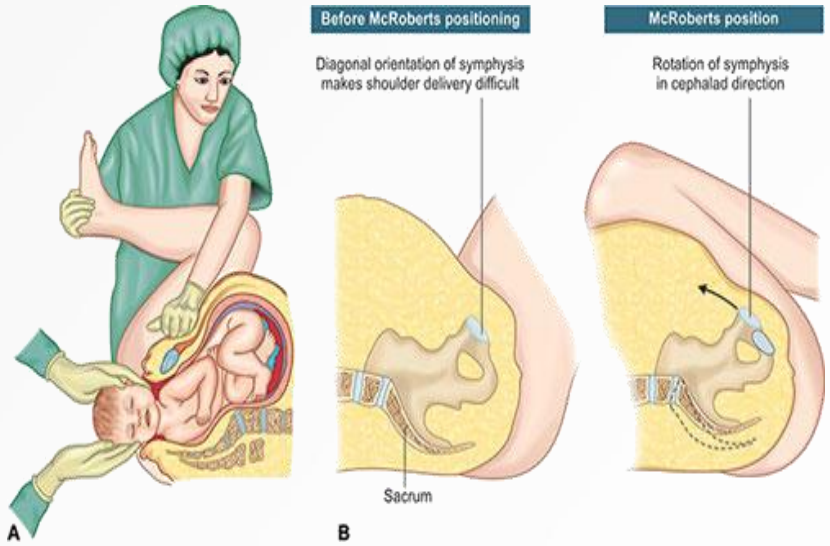
HIS (-) dan/ Presentasi wajah/bokong → **Forcep**



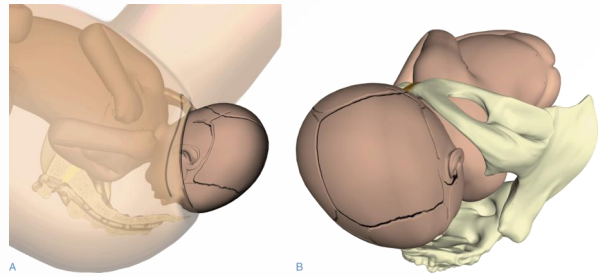
Distosia Bahu

Turtle Sign

→ **Manuver McRoberts**



Malpresentasi



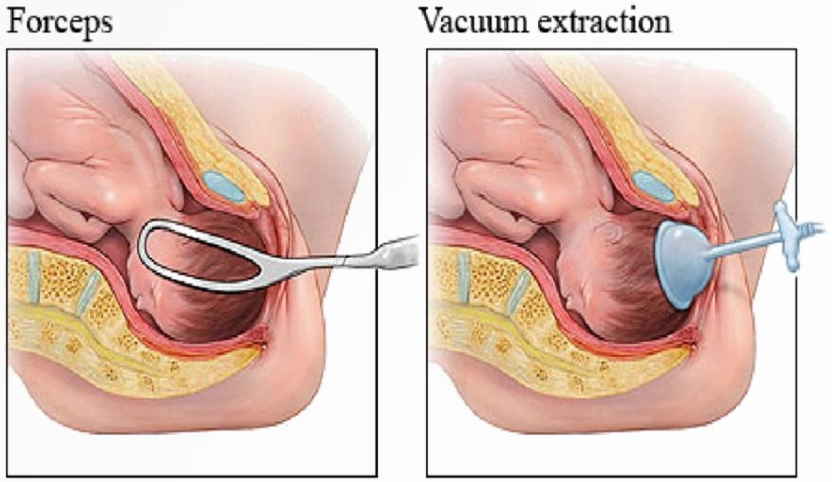
Persalinan dengan Alat Bantu

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Persalinan dengan Alat Bantu

KALA II MEMANJANG

TX. ATERM + PEMBUKAAN LENGKAP + HODGE III-IV



Ekstraksi Cunam/Forceps	Ekstraksi Vakum
Kondisi jantung, paru, neurologis, sehingga kontraindikasi meneran dan memerlukan kala 2 diperpendek	
Gawat Janin	
Presentasi belakang kepala atau **muka (dagu anterior)**, atau **presentasi bokong**	Presentasi **belakang kepala (vertex)**
Ibu tidak memiliki sisa tenaga **(His lemah/tidak ada)**	Ibu **masih memiliki sisa tenaga**, his lemah

Distosia Bahu

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

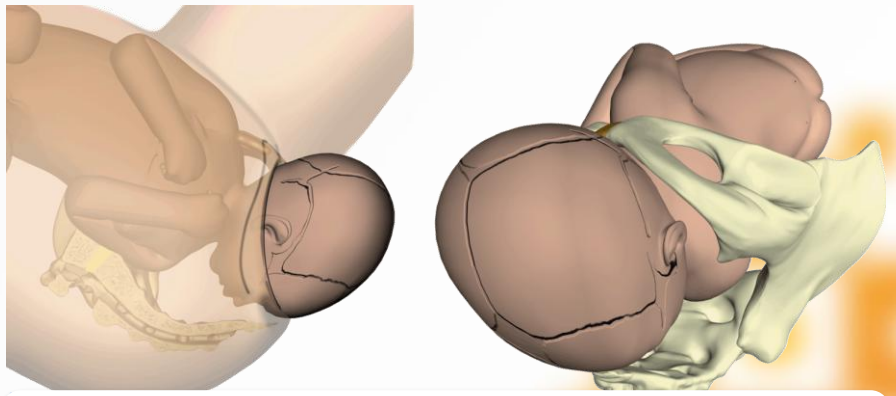
Distosia Bahu

Definisi

- Kegagalan melahirkan bahu dengan metode biasa

Diagnosis

- Kesulitan melahirkan wajah dan dagu
- **"Turtle Sign"**: kepala bayi melekat erat di vulva atau bahkan tertarik kembali
- Kegagalan paksi luar kepala bayi
- Kegagalan turunnya bahu



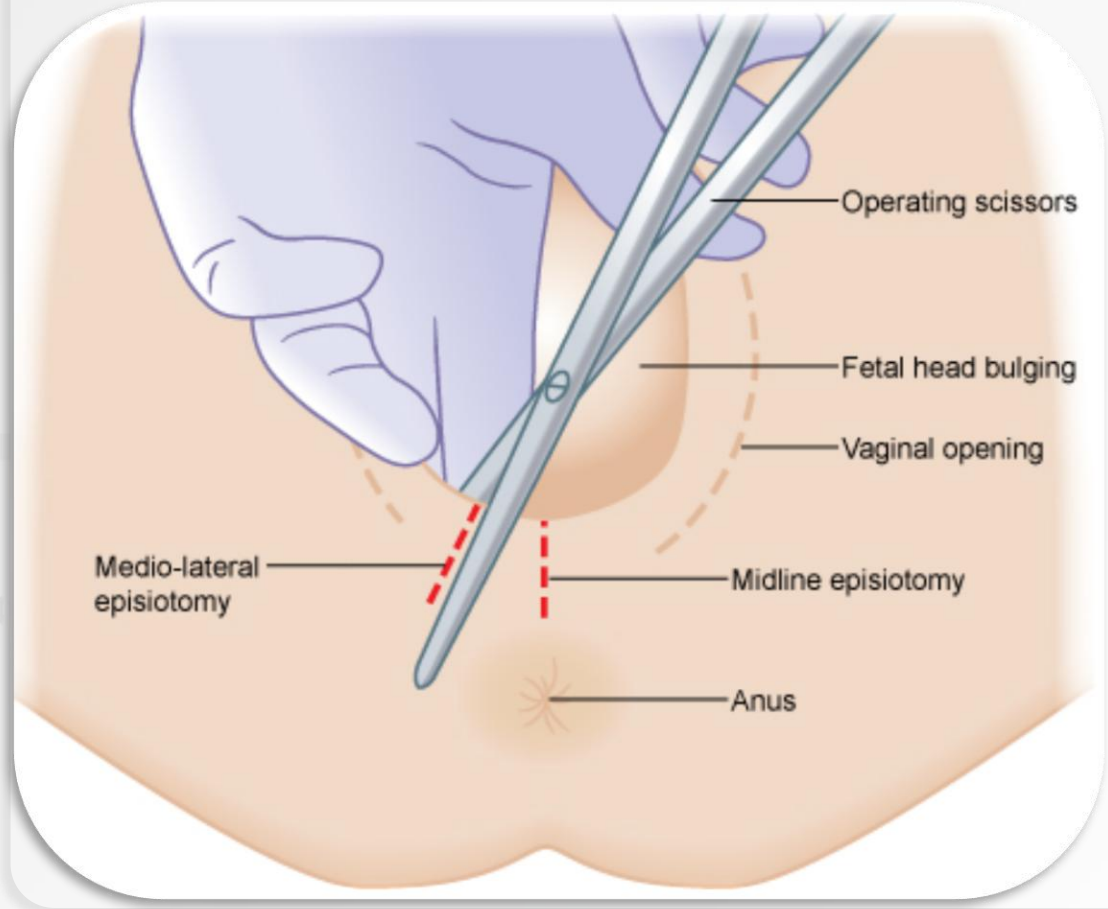
Turtle Sign

Distosia Bahu

Tatalaksana – ALARMER		
	Penjelasan	**Keterangan**
A	Ask for help – panggil bantuan	-
L	**Lift buttocks – fleksi lutut dan panggul hingga menyentuh abdomen/dada**	**Posisi McRoberts**
A	Anterior dysimpaction – bebaskan bahu anterior 1. Penekanan suprapubik 2. Masukan jari dan menekan bahu posterior ke arah dada bayi	1. Maneuver Massanti 2. Maneuver Rubin
R	Rotate posterior shoulder – Masukan jari dan menekan bahu posterior ke arah punggung bayi	Maneuver Wood's screw
M	Manual removal of posterior arm – melahirkan lengan posterior secara manual	Maneuver Schwartz dan Dixon
E	**Episiotomy**	**Pada Primigravida**
R	Roll over – ibu dalam posisi merangkak	Maneuver Gaskin all-fours

Distosia Bahu

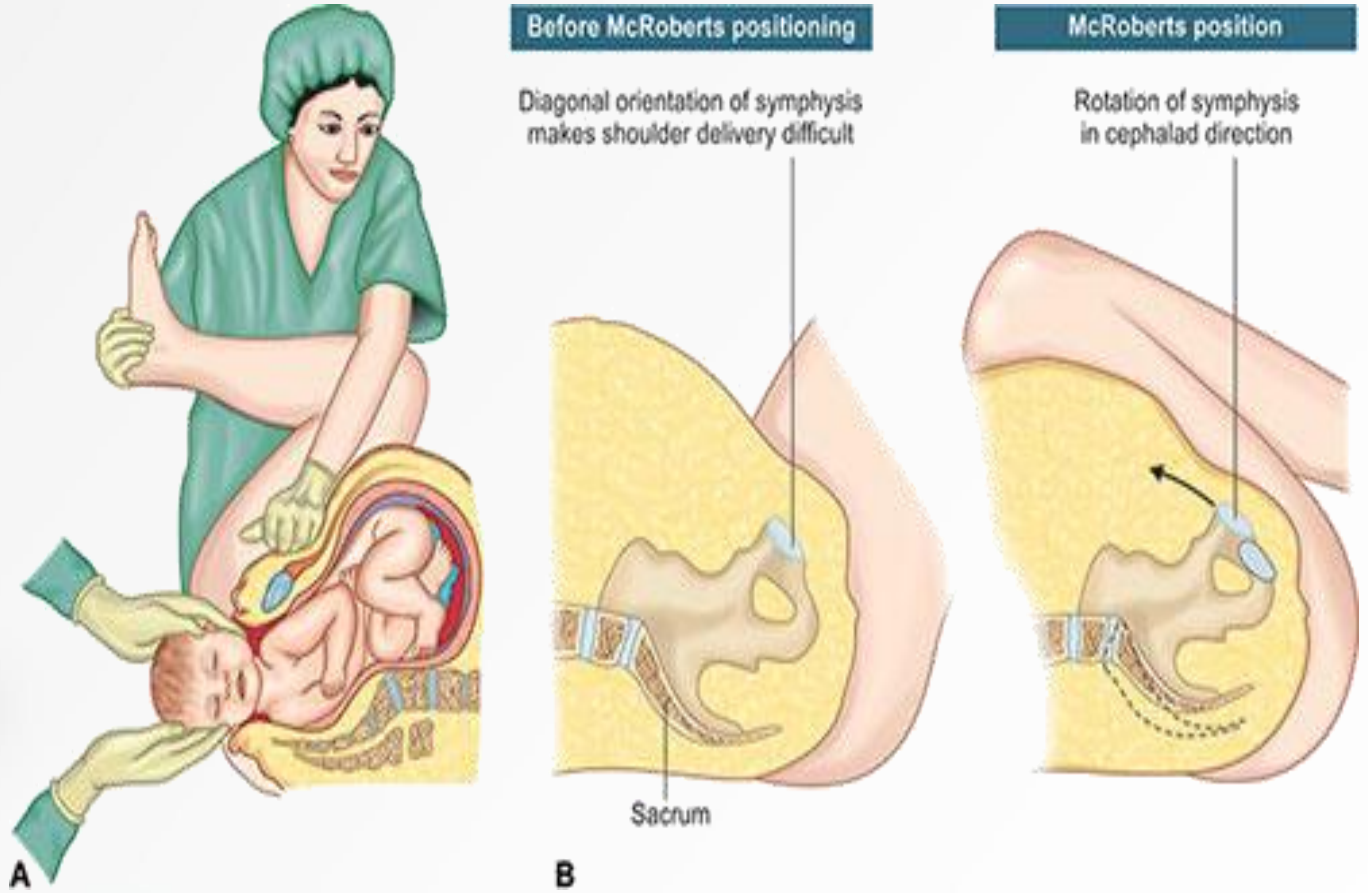
Indikasi Episiotomi



- Perineum rigid
- Pertolongan persalinan **kala II primi**
- Patologi (tumor, sikatrik)
- Indikasi tertentu: bayi besar, distosia bahu, forceps, gawat janin

Manuver Distosia Bahu

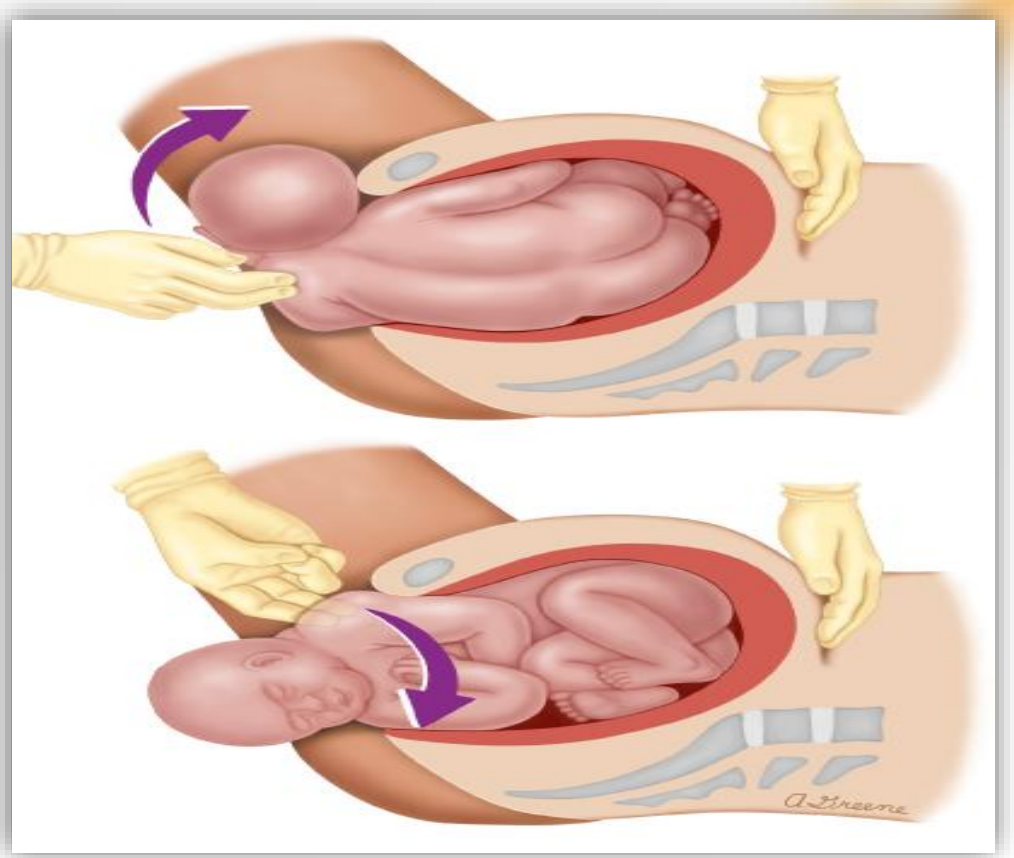
Mc Roberts



Manuver Distosia Bahu

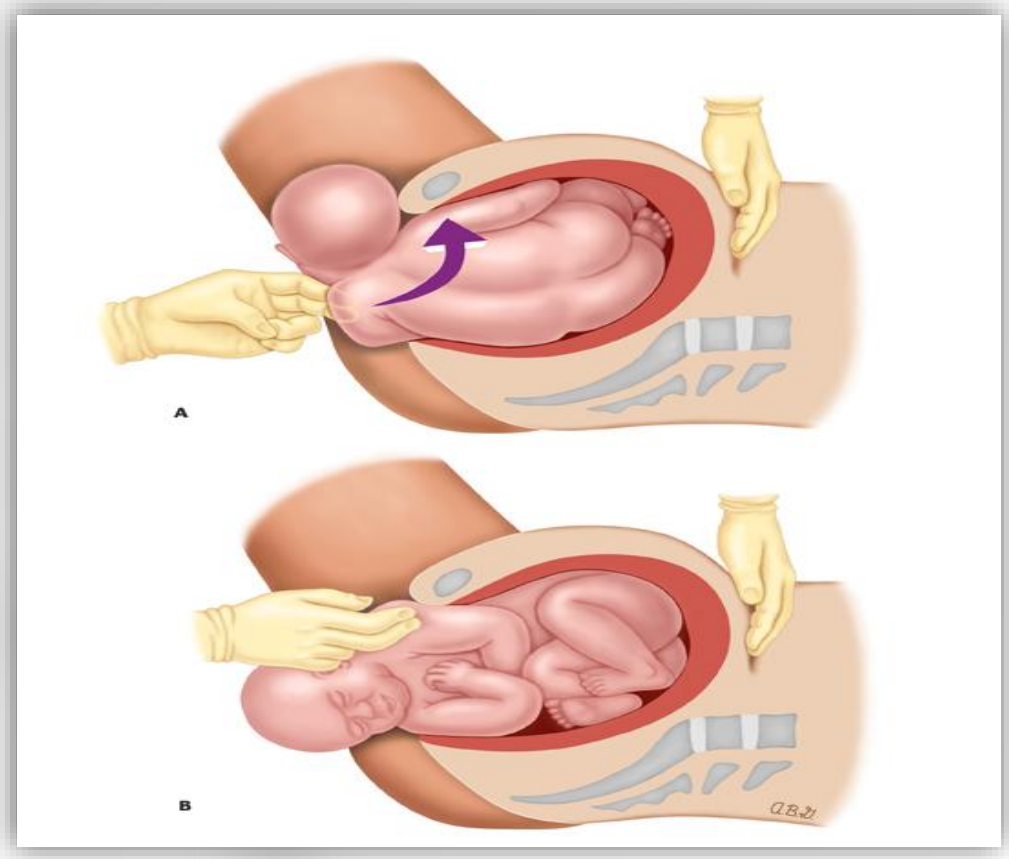
Massanti

Rubin

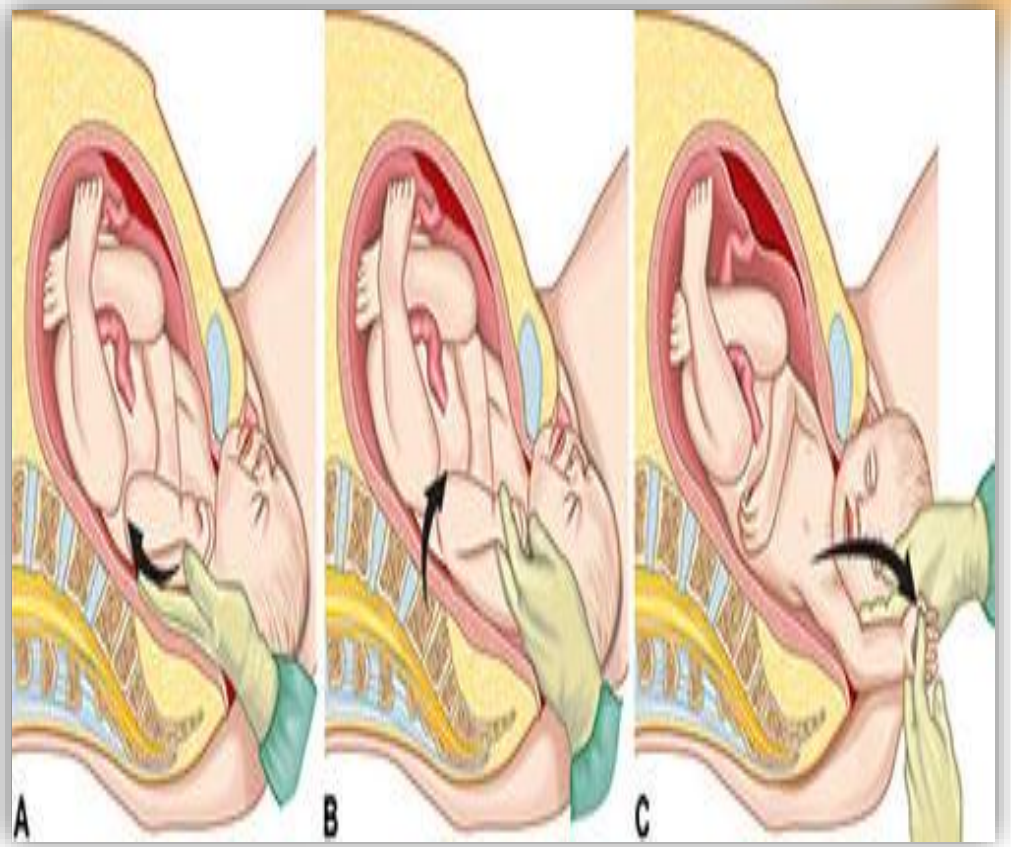


Manuver Distosia Bahu

Wood's Screw



Schwartz and Dixon



Distosia Bahu

Komplikasi

Komplikasi Janin	Komplikasi Ibu
Klumpke palsy	Perdarahan pasca persalinan
Erb's palsy	Laserasi perineum Grade IV (hingga sfingter ani)
Hipoksia	-
Cerebral palsy	
Kematian janin	

Tatalaksananya affh ini, dik?

CEK KONSENTRASI

Ibu G1P0A0 UK 38 mgg, kala II, dipimpin 2 jam tidak lahir. PF: pembukaan lengkap, hodge III+, preskep, DJJ 140x/menit, tidak kuat mengejan.

Ekstraksi Cunam

Ekstraksi Forceps

Urutanna yg bnar affh, dik?

Ibu sedang kala II dengan distosia bahu.

Mc Robert – Massanti – Wood's Screw

Mc Robert – Massanti – Rubin

Induksi Persalinan

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Induksi Persalinan

Induksi Persalinan

Induksi: menimbulkan proses persalinan **(belum inpartu menjadi inpartu)**
Augmentasi: memperkuat his

Metode

Kimia

Oksitosin IV

Protokol dosis rendah (1 – 4 mU/menit) atau dosis tinggi (6 – 40 mU/menit)

Mekanik

- Kateter Transservikal (Kateter Foley)
- Dilator Servikal Higroskopik (Batang Laminaria)
- Stripping membrane

Bishop Score

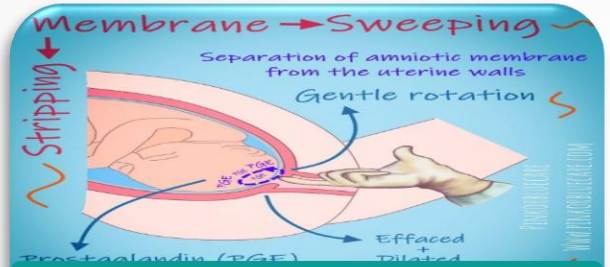
Nilai Bishop ≥ 6 → Oksitosin

- Bisa berhasil induksi dan persalinan pervaginam

Nilai Bishop <6 → Misoprostol

- Pematangan serviks dahulu

Kateter Foley Transervikal



Stripping Membrane

Induksi Persalinan

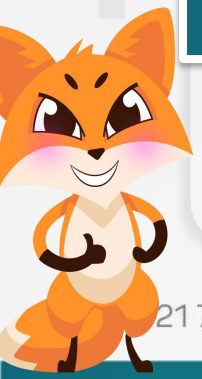
Definisi

- Usaha untuk menimbulkan proses persalinan **(belum inpartu menjadi inpartu)**

Indikasi

Indikasi Darurat	HT gestational berat, komplikasi janin akut, IUGR berat, penyakit maternal bermakna, korioamnionitis
Indikasi Segera (Urgent)	KPD saat aterm atau dekat aterm, DM tidak terkontrol, penyakit isoimun saat aterm/dekat aterm
Indikasi Tidak Segera (Non Urgent)	Kehamilan post term, DM terkontrol, riwayat IUFD

Perbedaan induksi dan augmentasi?



Induksi Persalinan

Bishop Score

Parameter	0	1	2	3
Dilatasi	Tertutup	1-2 cm	3-4 cm	≥4 cm
Pemendekan	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
Station janin	-3	-2	-1 hingga 0	>0
Konsistensi serviks	Padat	Menengah	Lembek	-
Posisi serviks	Posterior	Tengah	Anterior	

Nilai Bishop ≥ 6

- Bisa berhasil induksi dan persalinan pervaginam

Nilai Bishop <6

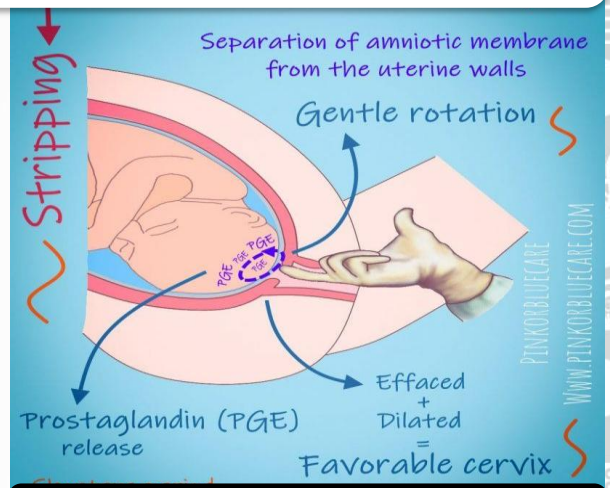
- Pematangan serviks dahulu

Induksi Persalinan

Metode Induksi Persalinan

Kimia

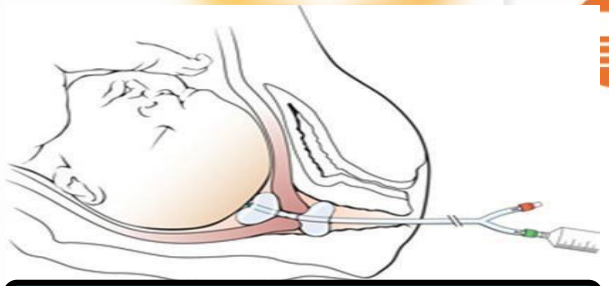
- Prostaglandin E2 (PGE2) gel atau pesarium
- Prostaglandin E1 (PGE1): misoprostol atau cytotec tab 100-200 mcg
- **Oksitosin IV**
  - Protokol dosis rendah (1 – 4 mU/menit) atau dosis tinggi (6 – 40 mU/menit)



Stripping Membrane

Mekanik

- **Kateter Transservikal (Kateter Foley)**
- Dilator Servikal Higroskopik (Batang Laminaria)
- Stripping membrane
- **Induksi Amniotomi**
- Stimulasi puting susu



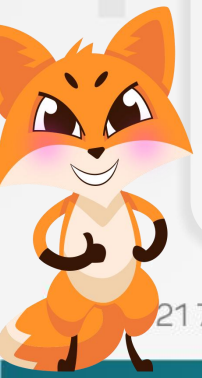
Kateter Foley Transervikal

Induksi Persalinan

Pematangan Serviks → tidak harus dilakukan;

- Dilakukan apabila **Bishop score di bawah 6**
- Metode:
  - **Misoprostol** (prostaglandin E1) 25 mcg/2 jam per oral
  - Dinoprostone (prostaglandin E2) *intravaginal gel*
  - Dilatasi dengan kateter balon

Tips menjawab soal UKMPPD:
Bishop < 6 → pematangan serviks → **misoprostol**
Bishop ≥ 6 → induksi → **oksitosin**



Persalinan Post-Term

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Persalinan Post-Term

Definsi

Post Term : **UK ≥ 42 minggu**
Post datum : Setelah HPL **UK ≥ 40 Minggu**

Pemeriksaan Penunjang

USG → pemeriksaan awal
CTG Non-stress test → menilai keadaann janin

Tatalaksana

Membrane sweeping → Dilakukan pada **UK 38-41 minggu**
Induksi persalinan → tawarkan sejak **UK 41 minggu**
Lakukan **pematangan serviks** terlebih dahulu bila Bishop score <6

Komplikasi

Sindrom Post-Maturitas

Persalinan Post-term

Definisi

- Janin yang belum dilahirkan pada **UK ≥42 minggu**

Faktor Risiko

- **Riwayat kehamilan post-term sebelumnya**
- Primigravid
- Obesitas maternal
- Usia maternal tua

Persalinan Post-term

Pemeriksaan Penunjang

- USG → pemeriksaan awal
  - **Menyesuaikan UK janin**
  - **Oligohidramnion**
    - *Amniotic Fluid Index* ≤5 cm
    - *Single Deepest Pocket* <2 cm
  - **EFW**: makrosomia/IUGR
- CTG Non-stress test → menilai keadaann janin

Tatalaksana

- Induksi persalinan → tawarkan sejak UK 41 minggu
  - Lakukan pematangan serviks terlebih dahulu bila Bishop score <6

MEDSENSE plus

MED+QUIZ

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

MED+QUIZ – 3

Seorang wanita G1P0A0 UK 38 minggu dibawa ke IGD dengan keluhan kencang-kencang semakin sering. Pemeriksaan Leopold III teraba massa bulat dan keras. Pemeriksaan intravagina ditemukan pembukaan serviks 8 cm, UUK di simpisis pubis. Hodge III. HIS 4x/10'/40". Selaput ketuban (-)

Apakah tindakan yang tepat pada kasus ini?

A. Sectio cesaria
B. Menunggu pembukaan lengkap
C. Pimpin mengejan
D. Drip oksitosin
E. Putar versi Luar

MED+QUIZ – 3

Seorang wanita G1P0A0 UK 38 minggu dibawa ke IGD dengan keluhan **kencang-kencang semakin sering**. Pemeriksaan Leopold III teraba massa bulat dan keras. Pemeriksaan intravagina ditemukan **pembukaan serviks 8 cm, UUK di simpisis pubis. Hodge III. HIS 4x/10'/40". Selaput ketuban (-)**

Apakah **tindakan yang tepat** pada kasus ini?

A. Sectio cesaria
B. Menunggu pembukaan lengkap
C. Pimpin mengejan
D. Drip oksitosin
E. Putar versi Luar

MED+QUIZ – 4

Pasien perempuan berusia 25 tahun G1P0A0 38-39 minggu dibawa dengan keluhan perut mules sejak 20 jam yang lalu. Tiga jam sebelum masuk rumah sakit pasien sudah dipimpin persalinan oleh bidan desa. Keadaan umum ibu tampak kelelahan. Pemeriksaan fisik TD 110/70 mmHg, HR 90 x/menit, RR 16 x/menit. Pembukaan lengkap.

Bagaimana tatalaksana selanjutnya?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan kegunaan tata laksana berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan bahwa tata laksana tersebut menjadi...
4	Ekstraksi vakum	Kepala di hodge 4	-2, -1, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 4

Pasien perempuan berusia 25 tahun G1P0A0 38-39 minggu dibawa dengan keluhan perut mules sejak 20 jam yang lalu. Tiga jam sebelum masuk rumah sakit pasien sudah dipimpin persalinan oleh bidan desa. Keadaan umum ibu tampak **kelelahan.** Pemeriksaan fisik TD 110/70 mmHg, HR 90 x/menit, RR 16 x/menit. Pembukaan lengkap.

Bagaimana **tatalaksana** selanjutnya?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan kegunaan tata laksana berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan bahwa tata laksana tersebut menjadi...
4	Ekstraksi vakum	Kepala di hodge 4	-2, **-1**, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 5

Seorang wanita usia 22 tahun G1P0A0 Usia kehamilan 43 minggu datang ke IGD RS karena belum ada rasa nyeri perut tembus ke belakang maupun pelepasan lendir, darah, dan air-air. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan janin letak memanjang, kepala sudah masuk panggul, DJJ 148x/menit. Pada pemeriksaan dalam didapatkan belum ada pembukaan.

Apakah tatalaksana yang tepat?

A. Membran sweepimg
B. Induksi persalinan
C. Sectio caesarea
D. Kontrol 1 minggu
E. Kontrol 2 minggu

MED+QUIZ – 5

Seorang wanita usia 22 tahun G1P0A0 Usia kehamilan **43 minggu** datang ke IGD RS karena belum ada rasa nyeri perut tembus ke belakang maupun pelepasan lendir, darah, dan air-air. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan janin letak memanjang, kepala sudah masuk panggul, DJJ 148x/menit. Pada **pemeriksaan dalam didapatkan belum ada pembukaan.**

Apakah **tatalaksana** yang tepat?

A. Membran sweepimg
B. Induksi persalinan
C. Sectio caesarea
D. Kontrol 1 minggu
E. Kontrol 2 minggu

Perdarahan Post Partum

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Perdarahan Post Partum

Definisi dan Klasifikasi

- Perdarahan:
  - >500cc setelah PSP
  - >1000cc setelah SC
- Klasifikasi
  - Berdasarkan Jumlah volume:
    - Minor : 500-1000cc
    - Mayor : >1000cc
      - Sedang : 1000-2000cc
      - Berat : >2000cc
  - Onset:
    - **Early / Primary : <24 jam**
    - **Late / Secondary : >24 jam**

Tabel 3.1. Manifestasi Klinis Perdarahan Pasca-Salin

Kehilangan Darah	Tekanan Darah (Sistolik)	Tanda dan Gejala	Derajat Syok
500-1000 ml (10-15%)	Normal	Palpitasi, pusing, takikardi	Terkompensasi
1000-1500 ml (15-25%)	Sedikit menurun (80-100 mmHg)	Kelemahan, berkeringat, takikardi	Ringan
1500-2000 ml (25-35%)	Menurun (70-80 mmHg)	Gelisah, pucat, oliguria	Sedang
2000-3000 ml (35-45%)	Sangat menurun (50-70 mmHg)	Kolaps, *air hunger*, anuria	Berat

Referensi[9]: Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Duncan E. SOGC Clinical Practice Guideline: Prevention and management of postpartum haemorrhage. Journal of Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada April, 2000: 1-9.

Perdarahan Post Partum

Etiologi

Etiologi			
Tonus	**Tissue**	**Trauma**	**Thrombin**
• Atonia uteri	• Retensio plasenta • Sisa plasenta	• Robekan jalan lahir • Ruptur uteri • Inversio uteri	• Gangguan pembekuan darah

Atonia Uteri

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Atonia Uteri

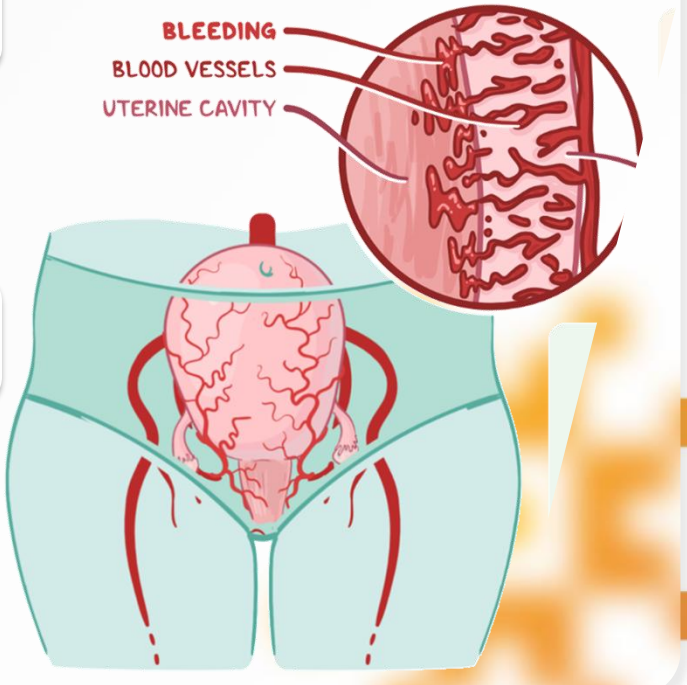
3B

Definisi

- Merupakan penyebab **tersering PPH**
- Tonus (-) adekuat → otot myometrium (-) menutup arteri uterine → **perdarahan**

Klinis Khas

- **Uterus teraba lembek**
- Setelah melahirkan TFU teraba di umbilicus atau 2 jari dibawah umbilicus



Faktor Resiko

- **Uterus overdistensi (Makrosomia, gemelli, polihidramnion)**
- Induksi persalinan
- Persalinan lama
- Riwayat atonia sebelumnnya

Tatalaksana Atonia Uteri

Pemasangan IV line
- Resusitasi cairan kristaloid 20cc/kgbb bila terjadi tanda syok
- Posisi tredelenberg
- Oksigen

Massase Fundus uterus

Awal

Oksitosin
- Inf oksitosin 20-40 IU dalam 1L kristaloid
- Bila tidak tersedia → ergometrin 0,2mg IM

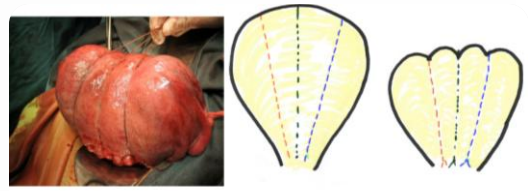
Asam Tranexamat 1g IV

Lanjutan / tepat

Kompresi Bimanual eksternal dan atau internal
- Identifikasi sumber perdarahan lain:
  - Laserasi jalan lahir
  - Hematoma parametrial
  - Ruptur uteri
  - Inversio uteri
  - Sisa fragmen
  - plasenta

Kompresi Aorta abdominalis
- Dapat juga dilakukan pemasangan tampon → bersifat temporer

Bedah Konservatif
- Ligasi aneria uterina atau arteria ovarika
- Operasi ransel B lynch
- Histerektomi supravaginal
- Histerektomi total abdominal



Teknik penjahitan metode Surabaya (modifikasi B-Lynch)

- Setelah perdarahan terkontrol → Observasi
- Transfusi jika Hb <7

MEDSENSE plus

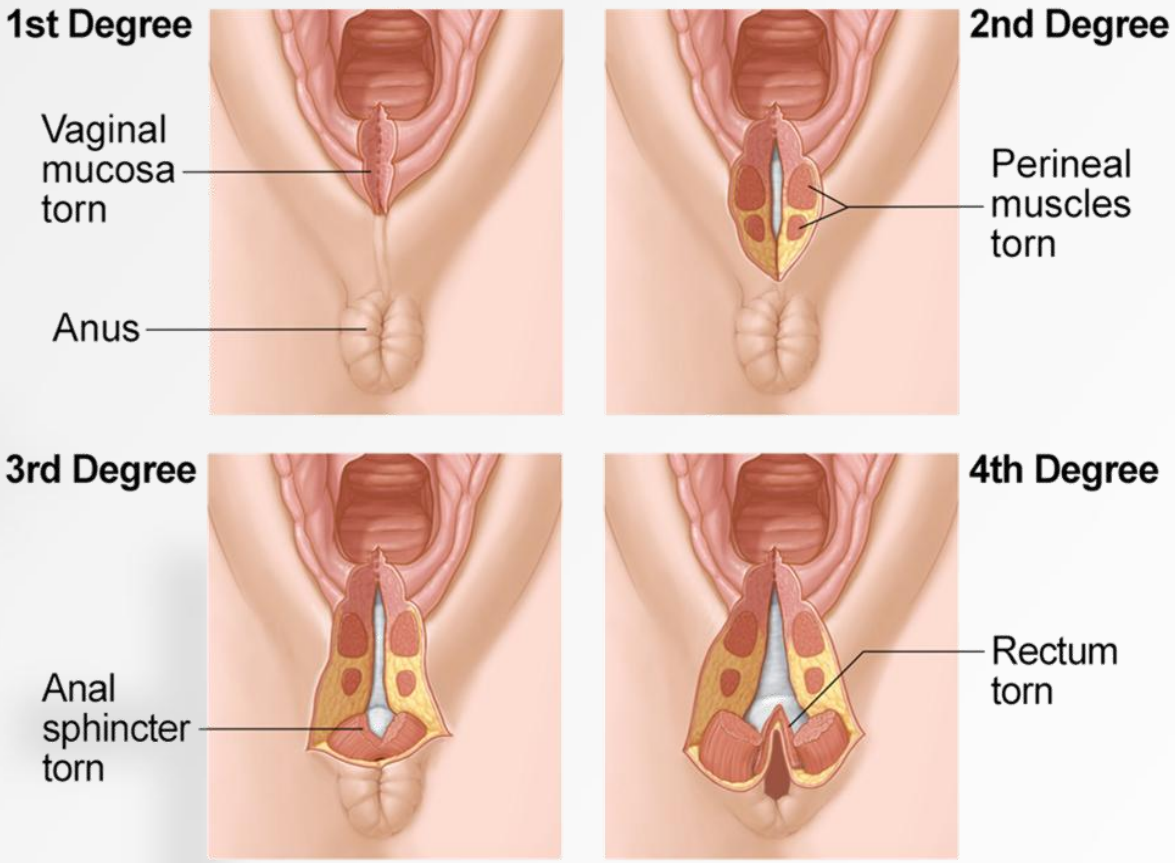
4A
3

Laserasi Jalan Lahir

0821 7355 5801

@medsense.plus MEDSENSE

Laserasi Jalan Lahir



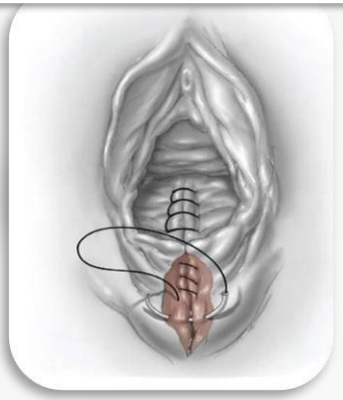
Derajat	Deskripsi
1	**Mukosa** perineum
2	**Otot** perineum
3	**Sfingter ani** 3A → <50% sfingter ani eksterna 3B → >50% sfingter ani eksterna 3c → Sfingter ani interna
4	**Rektum**

Tatalaksana:
- Grade 1&2, robekan cervix → Jahit
- Grade 3&4 → Rujuk
- Antibiotik profilaksis

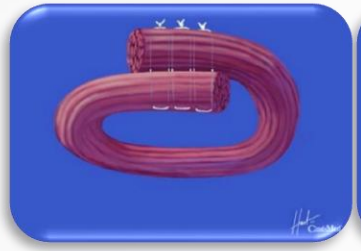
Laserasi Jalan Lahir

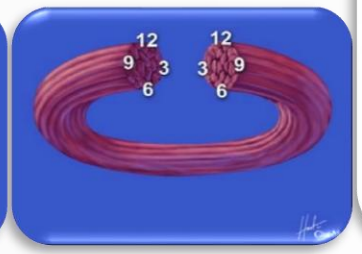
Derajat	Keterangan	
1	Metode continuous non-locking	
2		
3		
4	Memerlukan keterampilan khusus	**Antibiotik dosis tunggal** Ampicilin 500 mg per oral Metronidazole 500 mg per oral

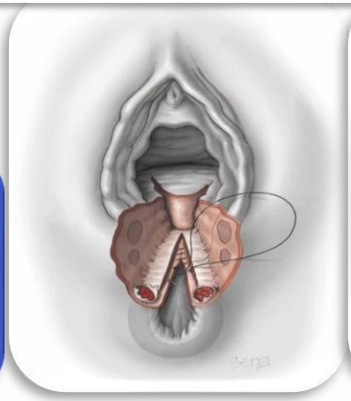
Grade I & II

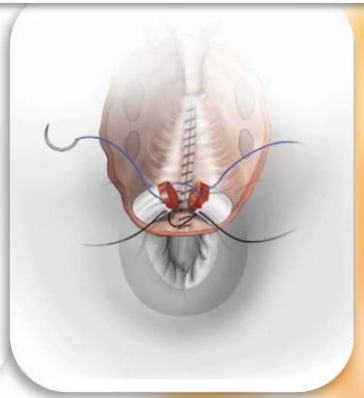


Grade III & IV





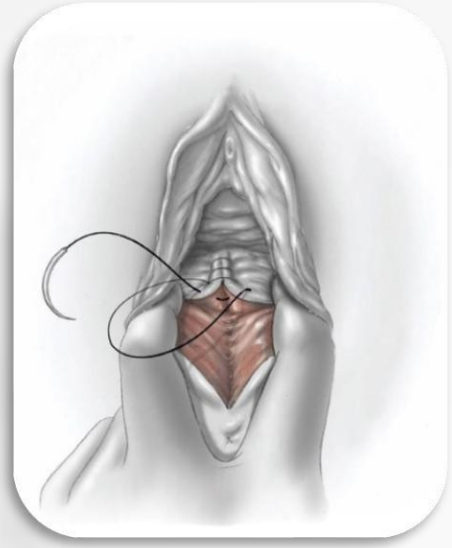


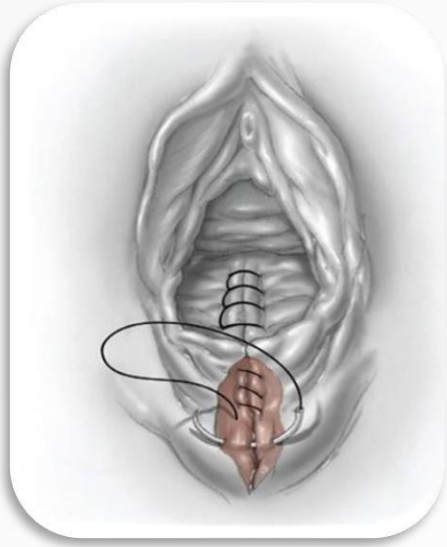


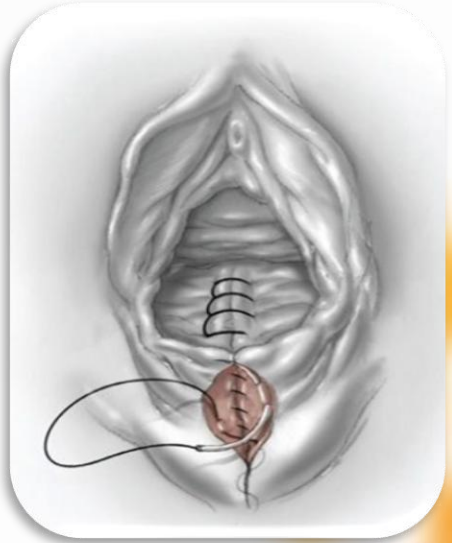
Laserasi Jalan Lahir

Laserasi Perineum Derajat II

Mukosa → Otot → Kulit







Inversio Uteri

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Inversio Uteri

3B

Definisi

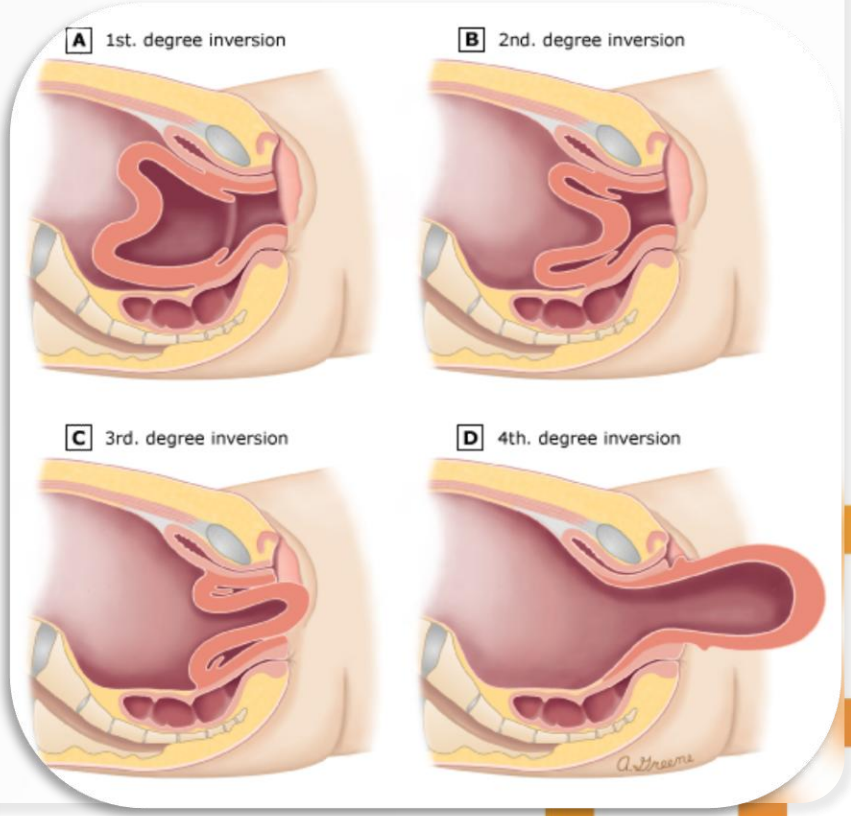
- Masuknya fundus uteri ke cavum uteri atau struktur di bawahnya

Etiologi

- **Penarikan tali pusat yang terlalu kuat**
- Penekanan fundus uteri dari luar (manuver Kristeller)
- Plasenta akreta

Derajat inversio uteri

- **Inkomplit**: fundus terinversi namun tidak keluar dari os interna
- **Komplit**: fundus terinversi melebihi os interna
- **Prolaps**: fundus keluar melalui introitus vagina
- **Total**: fundus hingga vagina terinversi



Inversio Uteri

3B

Manifestasi Klinis

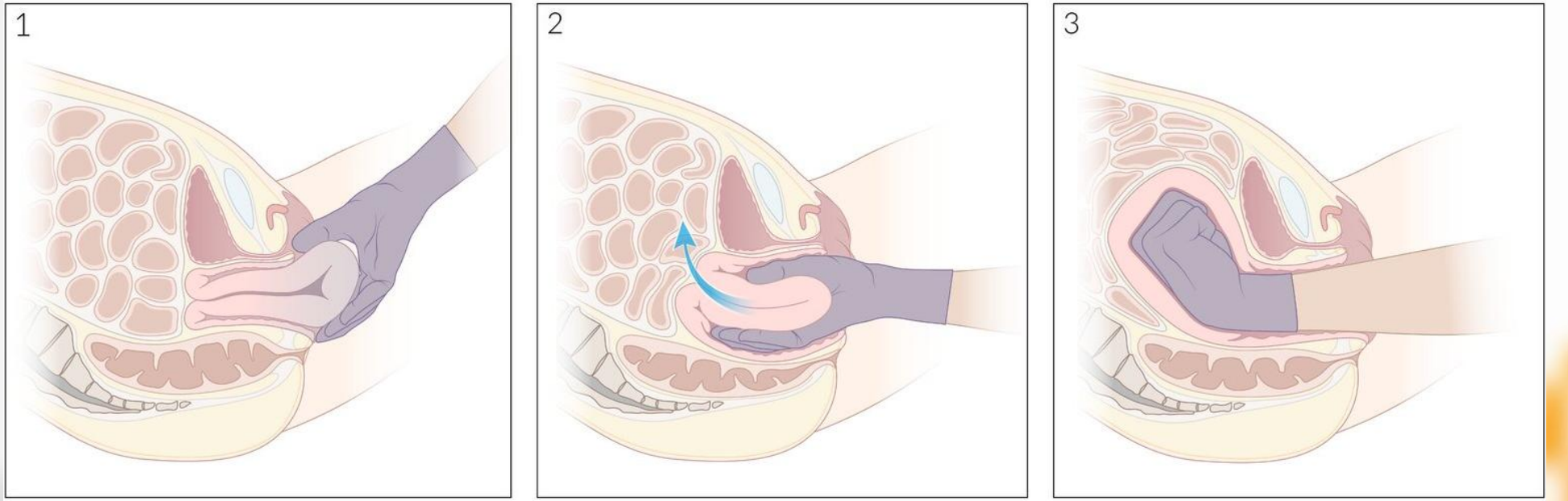
- Perdarahan post-partum hebat
- Nyeri perut hebat
- **Fundus uteri tidak teraba**
- **Massa yang keluar dari jalan lahir** → mulai terlihat pada inversio prolaps

Tatalaksana

- Stabilisasi hemodinamik
- Reduksi → lakukan secara bertahap bila tahap sebelumnya belum berhasil
  - **Reduksi manual:** mendorong fundus ke atas dengan kepalan / tangan terbuka
  - Reduksi hidrostatik: memberikan cairan NS ke liang vagina untuk memberikan tekanan hidrostatik
  - Reposisi dengan anestesi umum

Inversio Uteri

Reduksi Manual



Inversio Uteri

Tatalaksana

- Bila reduksi gagal:
  - **Laparotomi**
  - **Histerektomi** → bila laparotomi gagal
- Bila reduksi berhasil
  - **Oksitosin 20 unit** dalam 200 cc NaCl untuk mencegah terjadinya inversi berikutnya
  - Antibiotik profilaksis dosis tunggal: **Ampisilin 2 g IV + Metronidazole 500 mg IV**

Inversio uteri Bisa juga disertai dengan retensio plasenta, jika inversio uteri disertai dengan retensio plasenta maka Tatalaksana:
Reposisi Manual → Manual Plasenta (Mencegah nekrosis uteri)

MEDSENSE plus

3B

Retensio Plasenta

0821 7355 5801

@medsense.plus

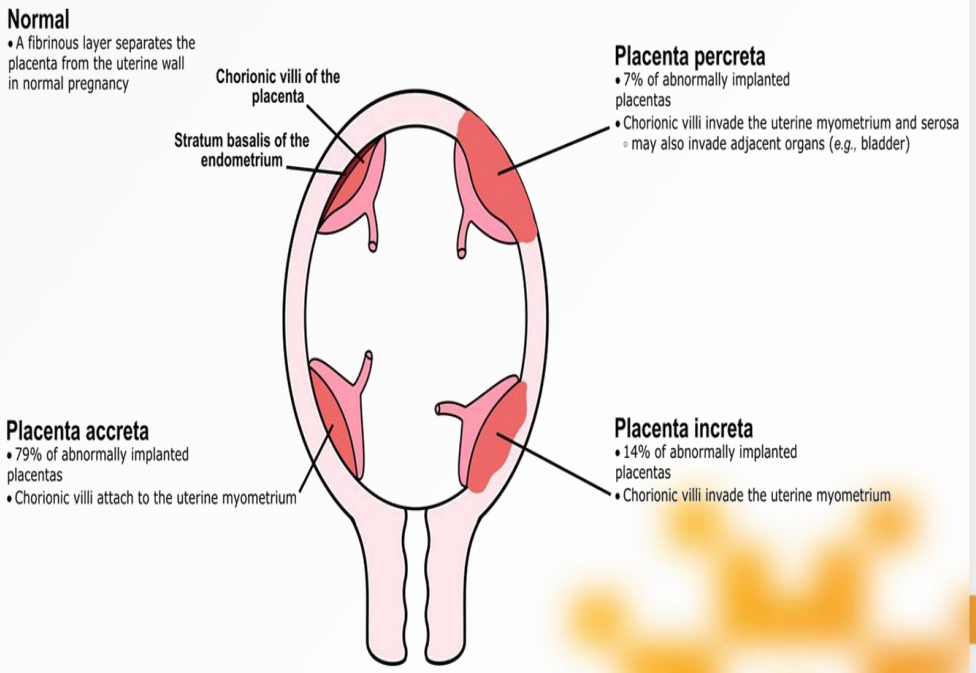
MEDSENSE

Retensio Plasenta

3B

Definisi

- Tertahannya atau belum lahirnya plasenta **selama 30 menit** setelah bayi lahir


Normal
• A fibrinous layer separates the placenta from the uterine wall in normal pregnancy
Chorionic villi of the placenta
Stratum basalis of the endometrium
Placenta percreta
• 7% of abnormally implanted placentas
• Chorionic villi invade the uterine myometrium and serosa
◦ may also invade adjacent organs (e.g., bladder)
Placenta accreta
• 79% of abnormally implanted placentas
• Chorionic villi attach to the uterine myometrium
Placenta increta
• 14% of abnormally implanted placentas
• Chorionic villi invade the uterine myometrium

Etiologi Faktor Resiko

- Manajemen aktif Kala III yang salah
- Kelainan perlekatan plasenta → **plasenta akreta**
- His kurang kuat

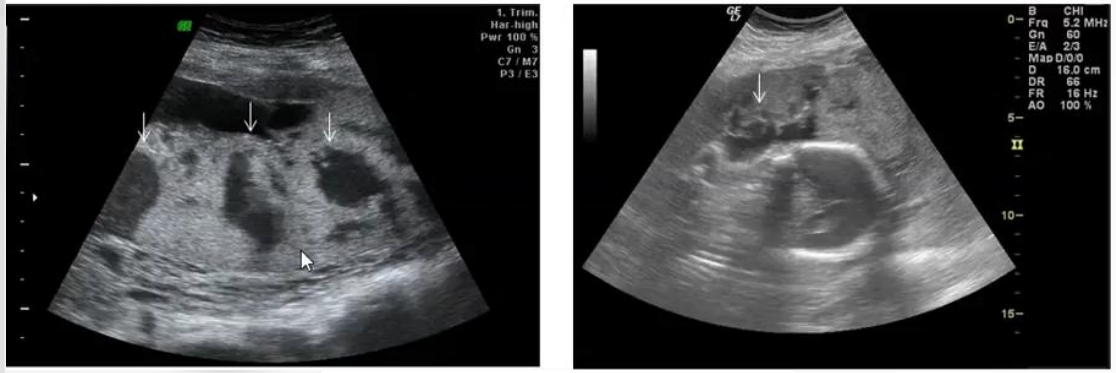
Implantasi plasenta fisiologis terbatas **pada desidua basalis**, jika lebih dalam kemungkinan terjadi **plasenta akreta**

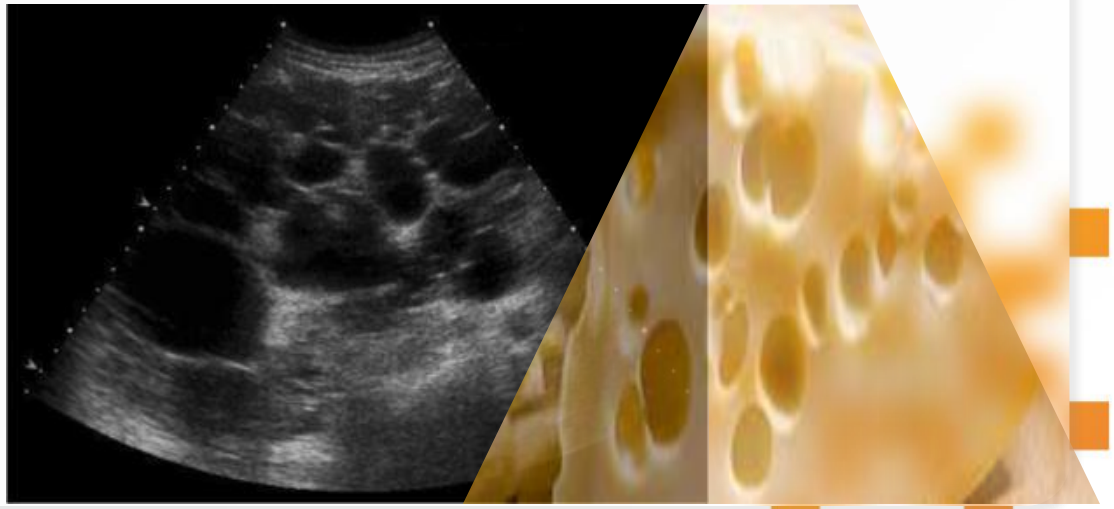
Retensio Plasenta

3B

Pemeriksaan penunjang

- USG doppler → Dapat menemukan plasenta akreta.
  - Hilangnya zona retroplasenta hipoekoik yang ada diantara plasenta dan uterus.
  - Gambaran **swiss-cheese appearance.**
- Biopsi plasenta dan Miometrium
  - Untuk konfirmasi diagnosis





Plasental Lacunae

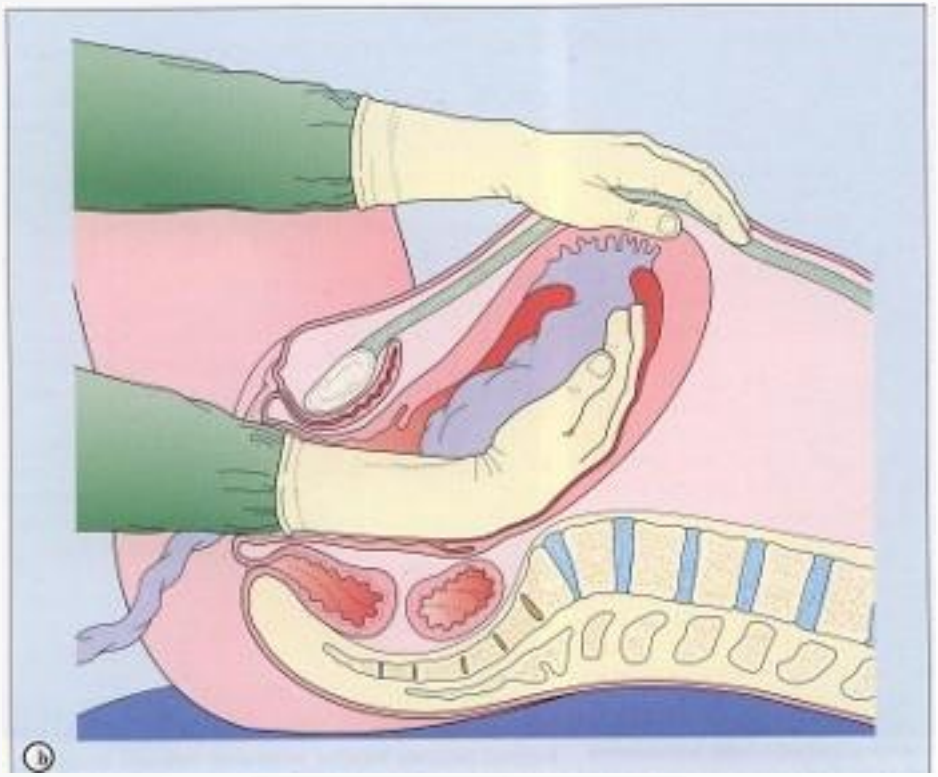
Retensio Plasenta

Tatalaksana

Waktu	Tindakan	Keterangan
<30 Menit	KALA III	• Inf 20-40U **Oksitosin** dalam 1000 ml Nacl 0,9%/ RL 60gtt/i dan 10U Oksitosin IM • Lakukan **penegangan tali pusat terkendali** • **Dicoba 2x dalam 30 menit**
> 30 Menit	Manual Plasenta	• Bila tarikan tali pusat terkendali tidak berhasil, lakukan **Manual Plasenta**
Post Tindakan	AB Profilaksis	• Berikan **antibiotik** profilaksis dosis tunggal (Ampisilin 2 g IV dan Metronidazole 500 mg IV) • Segera atasi dan rujuk jika terjadi komplikasi perdarahan hebat atau infeksi.

Retensio Plasenta

Tatalaksana



Manual Plasenta

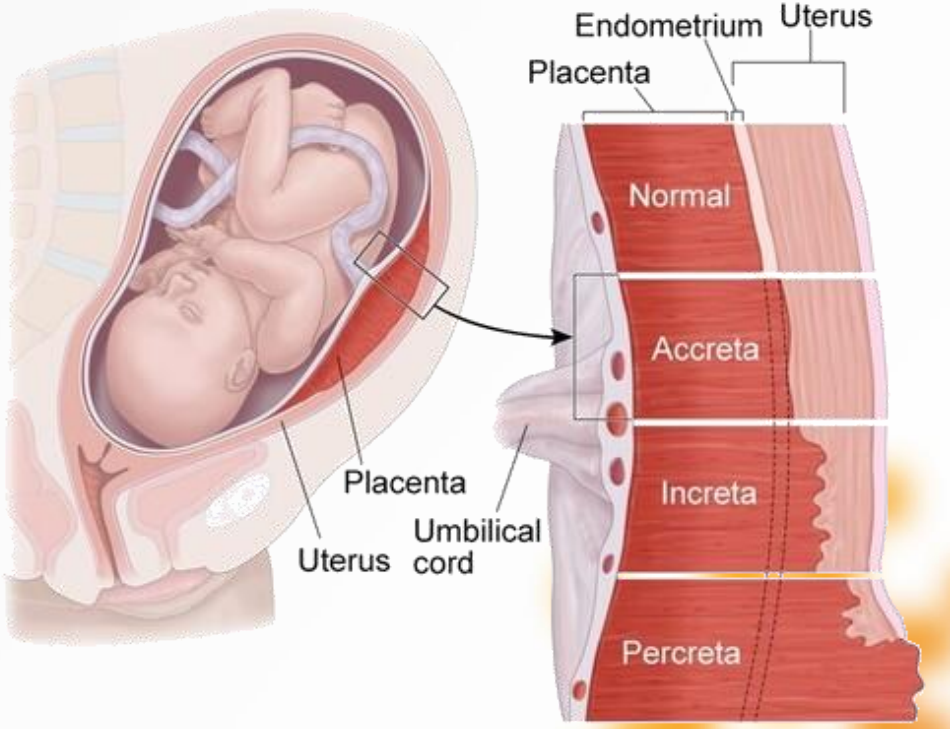
Plasenta Akreta

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Plasenta Akreta

Definisi

- **Penempelan abnormal villi plasenta pada myometrium** akibat kelainan pada lapisan desidua basalis.



Faktor risiko

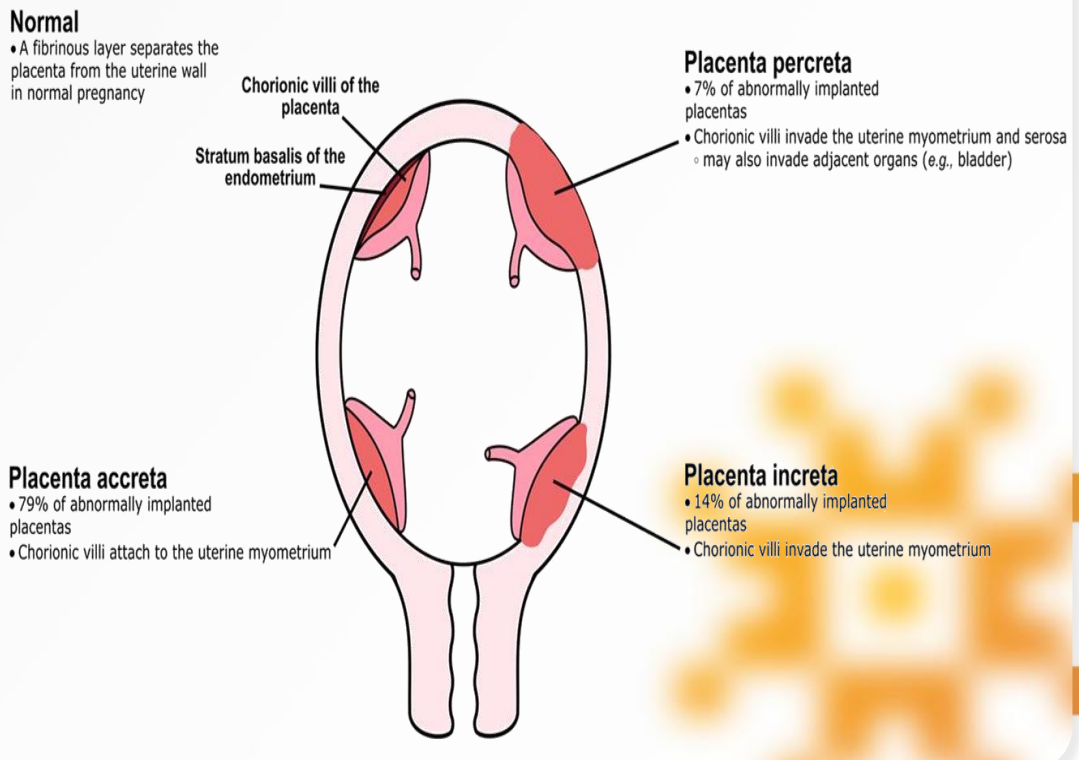
- **Plasenta previa**
- Riwayat SC atau jaringan parut pada uterus
- Kuretase uterus

Implantasi plasenta fisiologis terbatas **pada desidua basalis**, jika lebih dalam kemungkinan terjadi **plasenta akreta**

Plasenta Akreta

Klasifikasi plasenta akreta

- Akreta → Tepat di atas miometrium
- Inkreta → di dalam miometrium
- Perkreta → menembus miometrium


Normal
• A fibrinous layer separates the placenta from the uterine wall in normal pregnancy
Chorionic villi of the placenta
Stratum basalis of the endometrium
Placenta percreta
• 7% of abnormally implanted placentas
• Chorionic villi invade the uterine myometrium and serosa
◦ may also invade adjacent organs (e.g., bladder)
Placenta accreta
• 79% of abnormally implanted placentas
• Chorionic villi attach to the uterine myometrium
Placenta increta
• 14% of abnormally implanted placentas
• Chorionic villi invade the uterine myometrium

Plasenta Akreta

Manifestasi klinis

- Perdarahan ante-partum → tidak selalu terjadi
- **Plasenta tidak dapat dilahirkan →** retensio plasenta
- Pada ekstraksi manual tidak ditemukan ***cleavage plane***
- **Inversio uteri →**bila penarikan terlalu kuat

Plasenta Akreta

Pemeriksaan penunjang

- **USG Doppler → konfirmasi diagnosis**
  - Dapat menemukan plasenta previa
  - **Hilangnya zona retroplasenta hipoekoik** yang biasanya ada diantara plasenta dan uterus (dapat diisi oleh pembuluh darah retroplasenta)
  - Terdapat lakuna intraplasenta
- MRI → digunakan bila USG tidak konklusif

USG Doppler pada Plasenta Akreta
Panah putih →pembuluh darah retroplasenta
Panah hitam → lakuna intraplasenta

Plasenta Akreta

Tatalaksana

- Perencanaan SC elektif
- **Histerektomi**
  - Tatalaksana utama pada spektrum plasenta akreta
  - Plasenta dibiarkan di tempat implantasi setelah SC

Histerektomi merupakan tatalaksana utama pada spektrum plasenta akreta dikarenakan tingkat mortalitas yang tinggi

Rupture Uteri

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Rupture Uteri

Definisi Klasifikasi

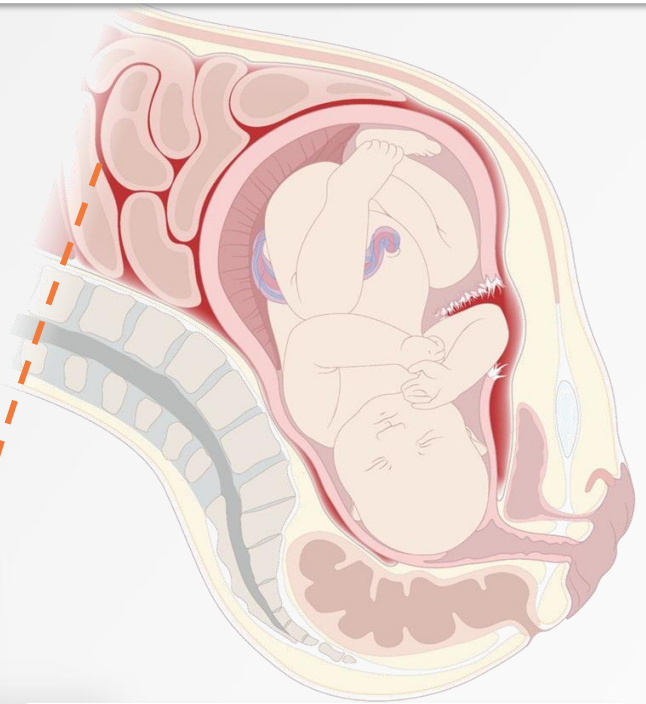
- Diskontinuitas dinding uterus secara **total / parsial**

Etiologi Faktor Resiko

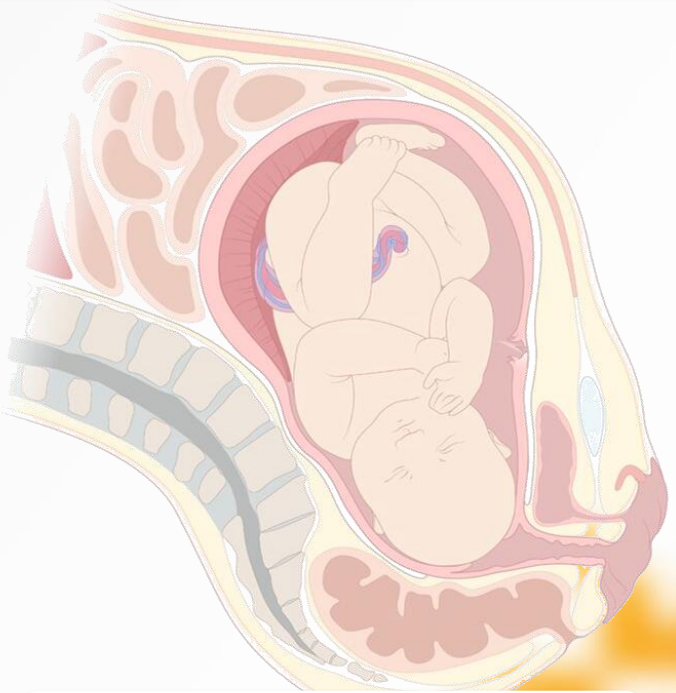
- Distensi uterus (Makrosomia dsb.)
- *Uterine Scar* **(Riwayat SC sebelumnya, miomektomi)**
- **Trauma**
- Usia ibu >35 tahun

Rupture Uteri

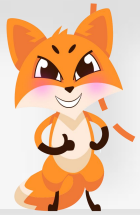
Klasifikasi



Komplit



Parsial



Ruptur uteri komplit menyebabkan **hemoperitoneum**

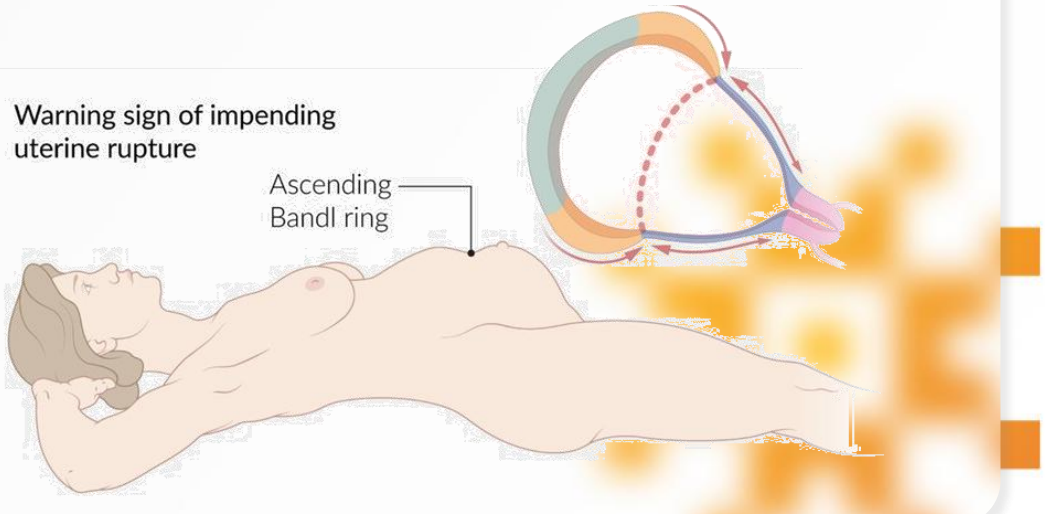
Rupture Uteri

Tanda dan Gejala

- **Nyeri perut hebat**
- Perdarahan pervaginam
- **Gangguan Hemodinamik** → TD menurun
- Penurunan bagian terbawah janin menghilang → Janin Kembali ke abdomen
- **Bagian janin mudah teraba**
- ***Ring Van Bandl***

Tatalaksana

- Stabilisasi hemodinamik
- **Histerorafi** dengan atau tanpa histerektomi



MEDSENSE plus

4A

Sisa Plasenta

0821 7355 5801

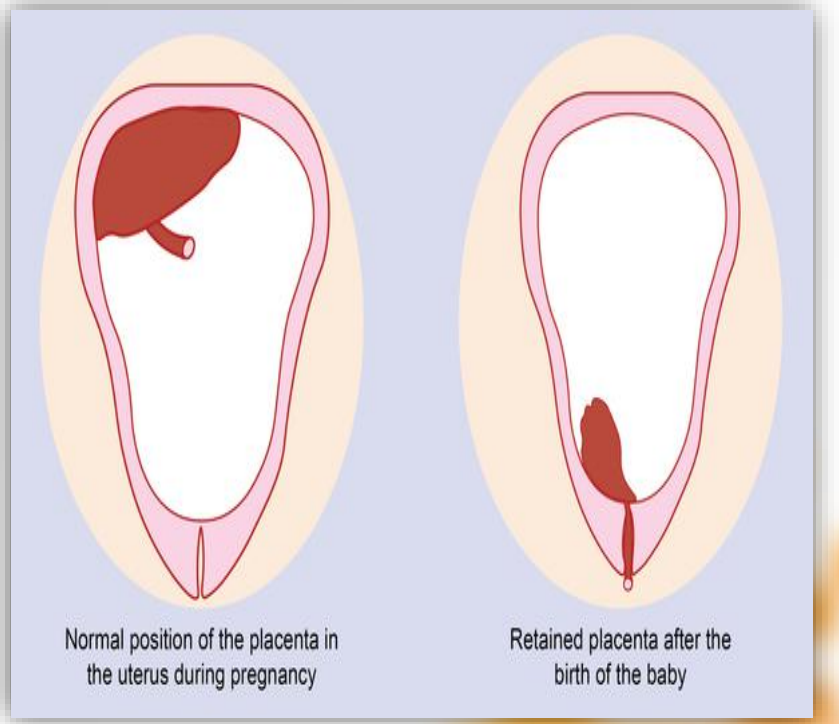
@medsense.plus

MEDSENSE

Sisa Plasenta

Definisi

- Tertinggalnya sisa plasenta dan membrannya dalam kavum uteri
- Perdarahan dapat muncul 6-10 hari post partum disertai subinvolusi uterus



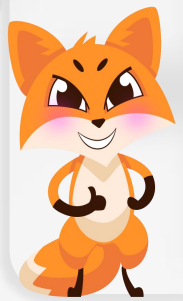
Etiologi Faktor Resiko

- His kurang baik,
- **Tindakan pelepasan plasenta yang salah**
- Plasenta akreta
- Atonia uteri

Sisa Plasenta

Tatalaksana

- Inf 20-40 IU **Oksitosin** dalam 1000 ml Nacl 0,9%/ RL 60gtt/i dan 10 IU Oksitosin IM
- Inf **Oksitosin** 20 IU dalam 1000 ml ml larutan Nacl 0,9% / RL 40gtt/i hingga perdarahan berhenti
- **Eksplorasi Digitalis**



Untuk menjawab soal UKMPPD:

- **Tatalaksana awal → Infuse oksitosin** (terutama jika pasien belum mendapatkan oksitosin; mis: rujukan dari bidan…dsb)
- **Tatalaksana tepat → Eksplorasi digitalis**

MEDSENSE plus

3B

Endometritis / Metritis Post Partum

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

Endometrisis / Metritis Post Partum

3B

Definisi dan Gejala Klinis

- Endometritis akut hampir selalu terjadi setelah aborsi atau persalinan
- Etiologi : Streptococcus grup A atau B, Clostridium
- Gejala klinis:
  - **Demam** (>38 C), takikardia
  - **Lochia berbau busuk**
  - **Subinvolusi** uterus dan nyeri tekan uterus

Tatalaksana

- Pemberian cairan dan kalori adekuat melalui infus intravena (IV) sampai 12-24 jam bebas demam
- **Antibiotik** empiris yaitu kombinasi
  - Ampisilin (2g IV/6 jam),
  - Gentamisin (2mg/kgIV loading dose dikuti 1,5mg/kgIV per 8 jam), dan
  - Metronidazole (500mg IV/8jam).

Endometrisis / Metritis Post Partum

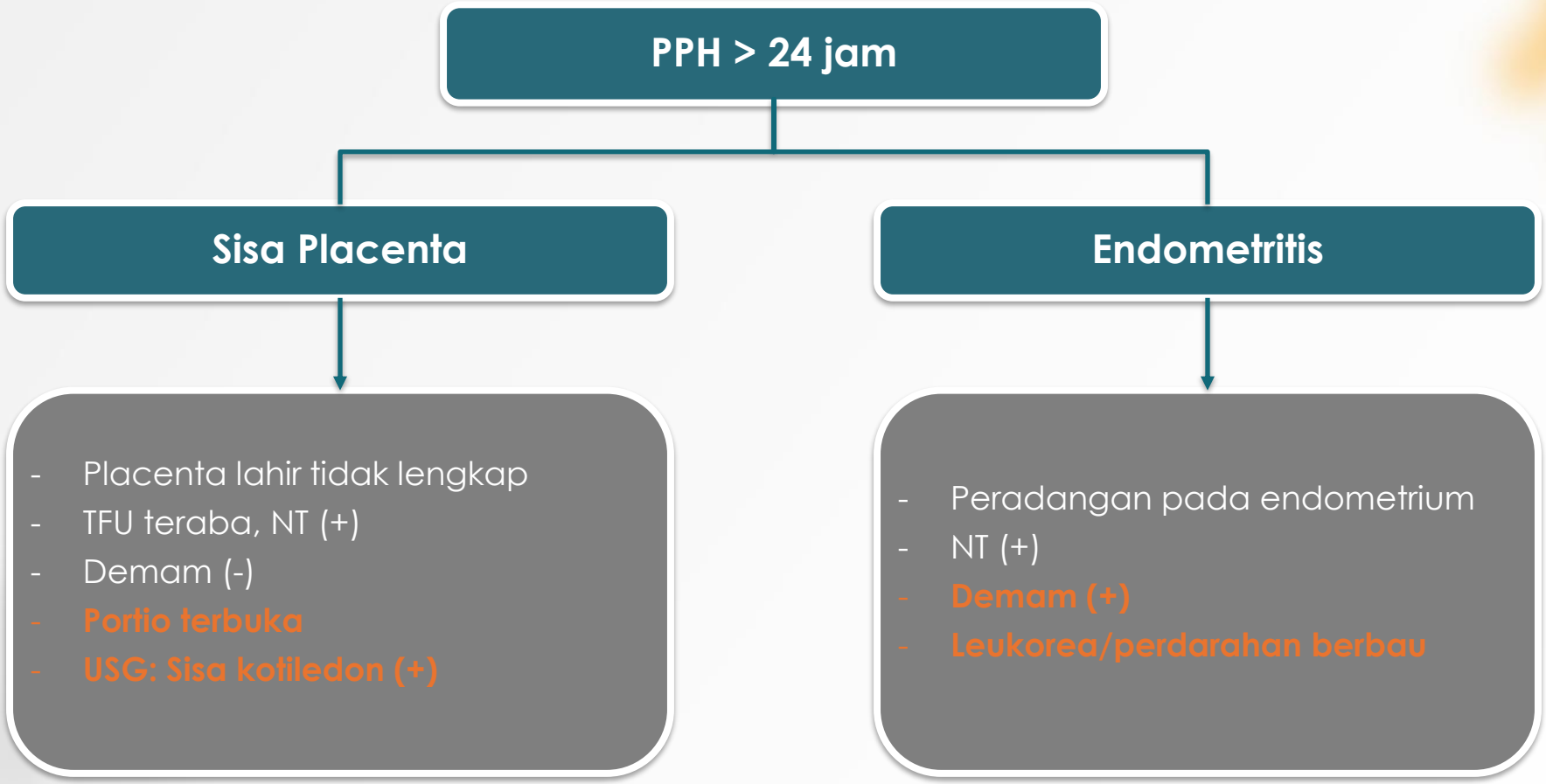
3B

Tatalaksana CDC

- **Terapi antibiotik diberikan sampai 24 jam bebas demam:**
- Gentamisin 5mg/KgBB/24 jam IV
- Clindamisin 900 mg/8 jam IV

- **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553124/**

Sisa Plasenta Vs Endometritis



Tatalaksana Perdarahan Post Partum

Manajemen Aktif Kala III

Perdarahan Post Partum

Oksitosin 20 IU dalam NaCl
Kompresi bimanual
Infus Kristaloid 500 cc

4T

Perdarahan Massive

TD ↓
HR ↑

- **Resusitasi**
- Infus 2 Jalur Jarum Ukuran Besar
- Monitoring Tekanan Darah, Nadi, Produksi Urin
- Oksigen
- Team Approach

Atonia

Misoprostol 1000 mcg rektal
Metilergometril 0,2mg IM

Laserasi, Inversio

- **Grade I, II, Cervix → Penjahitan luka**
- Reposisi manual

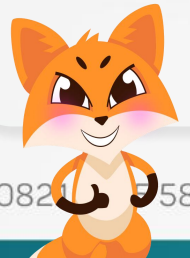
Retensio Plasenta

Manual Plasenta

Trombin

Transfusi:
FFP, F VII A, Trombosit

Perhatikan **Vital Sign** pada kasus, **jika TD menurun dan HR meningkat**, **tatalaksana awal → resusitasi cairan**



MEDSENSE plus

MED+QUIZ

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

MED+QUIZ – 6

Seorang wanita berusia 41 tahun P4A0 dibawa ke IGD RS dengan keluhan perdarahan dari jalan lahir. Sebelumnya pasien melahirkan anak ke 4 dengan berat badan lahir 4300 gram dan plasenta lahir 30 menit kemudian. Pada pemeriksaan kesadaran somnolen. Pada palpasi teraba uterus lembek.

Apa tatalaksana awal yang paling tepat dilakukan?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan kegunaan tata laksana berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan bahwa tata laksana tersebut menjadi...
6	Resusitasi cairan	tanda vital didapatkan tekanan darah 60/40, HR 130, RR 24, T 37,1°C.	-2, -1, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 6

Seorang wanita berusia 41 tahun P4A0 dibawa ke IGD RS dengan keluhan **perdarahan dari jalan lahir.** Sebelumnya pasien melahirkan anak ke 4 dengan berat badan lahir **4300 gram** dan plasenta lahir 30 menit kemudian. Pada pemeriksaan kesadaran somnolen. **Pada palpasi teraba uterus lembek.**

Apa **tatalaksana awal** yang paling tepat dilakukan?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan kegunaan tata laksana berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan bahwa tata laksana tersebut menjadi...
6	Resusitasi cairan	tanda vital didapatkan tekanan darah 60/40, HR 130, RR 24, T 37,1°C.	-2, -1, 0, +1, **+2**

MED+QUIZ – 7

Seorang wanita berusia 28 tahun, P2A0, datang ke poliklinik dengan keluhan demam, nyeri perut bagian bawah, dan keluarnya lochia yang berbau busuk selama 5 hari setelah melahirkan secara seksio sesarea. Pemeriksaan fisik TD 110.80, HR 103, RR 22, T 38,5. Pemeriksaan fisik didapatkan nyeri tekan pada uterus, dan lochia purulen.

Apakah diagnose kasus diatas?

A. Endometritis
B. Salpingitis
C. Koriamnionitis
D. Endometriosis
E. Pelvic inflammatory disease

MED+QUIZ – 7

Seorang wanita berusia 28 tahun, P2A0, datang ke poliklinik dengan **keluhan demam, nyeri perut bagian bawah, dan keluarnya lochia yang berbau busuk selama 5 hari setelah melahirkan secara seksio sesarea**. Pemeriksaan fisik TD 110.80, HR 103, RR 22, T 38,5. Pemeriksaan fisik didapatkan **nyeri tekan pada uterus, dan lochia purulen.**

Apakah **diagnosis** kasus diatas?

A. Endometritis
B. Salpingitis
C. Koriamnionitis
D. Endometriosis
E. Pelvic inflammatory disease

Perdarahan Ante Partum <20 Minggu

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Abortus Spontan

Abortus Spontan

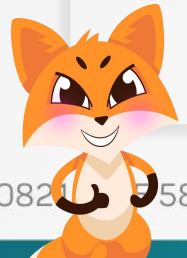
Definisi

- Ancaman keluar atau keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan **(UK<20 minggu/BB janin <500 gram)**

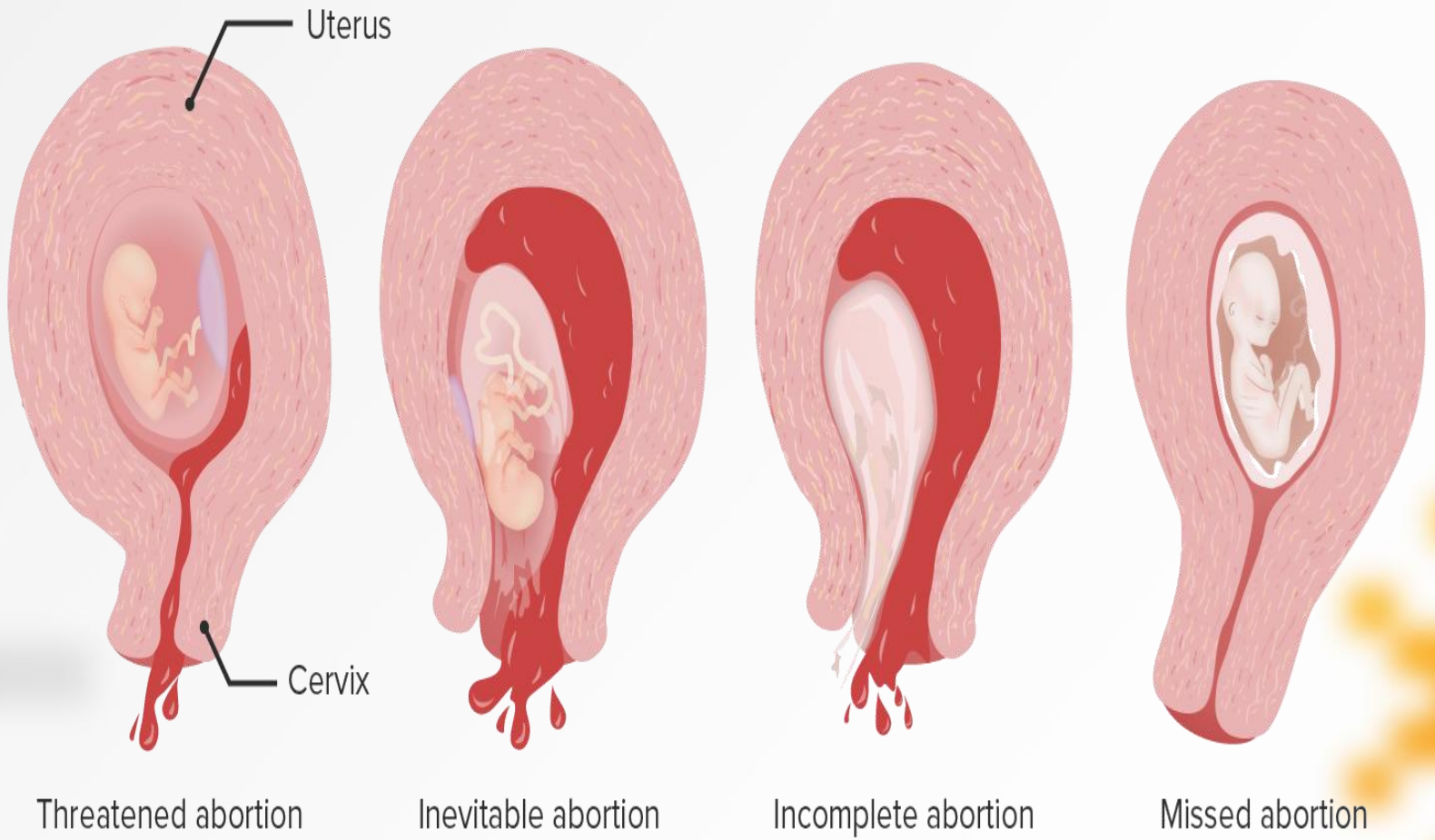
Faktor Risiko

- Faktor janin: kelainan genetik
- Faktor ibu: infeksi, kelainan hormonal (hipotiroid, DM), malnutrisi, penggunaan obat-obatan, merokok, alcohol
- Faktor ayah: kelainan sperma

Abortus habitualis = terjadi abortus selama ≥3 kali berturut-turut



Abortus Spontan



Abortus Spontan

Diagnosis	Nyeri	Pendarahan	EKSPULSI JARINGAN	Uterus	SERVIKS	Viabilitas kehamilan
Abortus Iminens	++	Sedikit	-	Sesuai usia gestasi, Lunak	**TERTUTUP**	50%
Abortus Insipiens	++++	Sedang-banyak	-	Sesuai usia gestasi, Lunak	**TERBUKA**	<10%
Abortus Inkomplitus	++++	Sedang-banyak	**PARSIAL**	Kurang dari usia gestasi, Lunak	**TERBUKA**	0%
Abortus Komplitus	+	Sedikit	**SELURUH**	Kurang dari usia gestasi, Kenyal	**TERTUTUP**	0%
Missed Abortion	-	Tidak Ada	-	Kurang dari usia gestasi	**TERTUTUP**	0%
Abortus Septik	-	Perdarahan berbau	-	Kurang dari usia gestasi	**TERTUTUP**	0%

Tatalaksana Abortus

Diagnosis	Definitive	>16 Minggu / Dapat Diberikan
Abortus insipiens	Aspirasi Vakum Manual (AVM)	Inf 40 IU Oksitosin dalam 1000cc NaCl 0,9% / RL 40gtt/I → Mempercepat ekspulsi
Abortus inkomplitus		
Missed Abortion		
Abortus Iminens	Observasi	Pertahankan kehamilan
Abortus Komplitus		Pantau HB <7 : SF 600mg/hari 2 minggu <7 : Transfusi

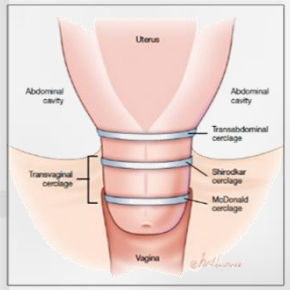
Diagnosa Banding Abortus Spontan Lainnya

DD/ Abortus Spontan

Abortus Habitualis

Abortus Spontan 3x berturut

Inkompetensi Cervix



Dilatasi Cervix < 25 mm
Funneling (+)

Cerclage

Abortus Septik

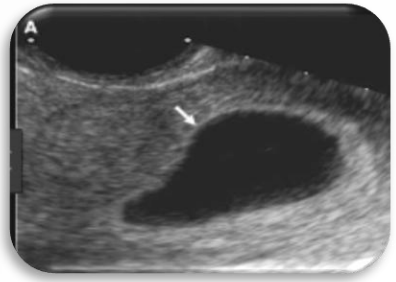
Demam
Leukositosis
Lokhia berbau

Dilatasi Kuretase

Blighted Ovum

Perdarahan < 20 minggu
B-HCG menurun
USG: Kantung gestasi kosong

Dilatasi Kuretase



Pemeriksaan penunjang yang tepat adalah USG Transvaginal / abdominal

Kehamilan Ektopik Terganggu

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

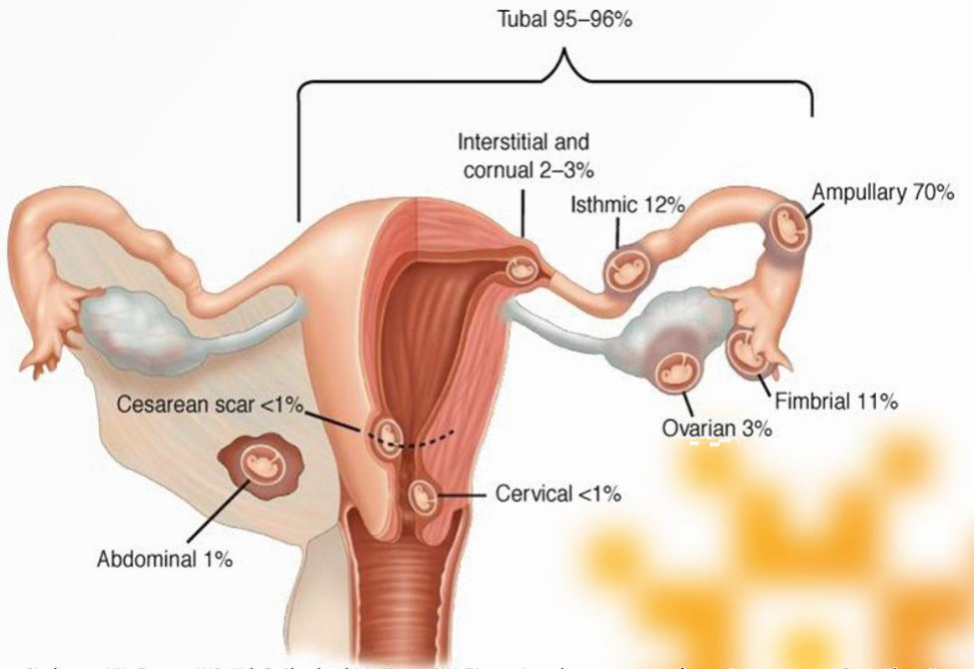
Kehamilan Ektopik Terganggu

Definisi

- Kehamilan ektopik (KE): Implantasi embrio di luar rahim
- Kehamilan ektopik terganggu (KET): **Ruptur kehamilan ektopik** yang menyebabkan **perdarahan** masif

Lokasi kehamilan ektopik

- 95% di tuba falopii → **Tersering : Ampula**
- 5% di lokasi lain (mis. ovarium, rongga peritoneum, serviks)



umber: Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011:: 1-10

Kehamilan Ektopik Terganggu

Gejala

- **Nyeri perut**
- Amenorrhea
- Perdarahan per vaginam (dapat juga tidak)
- Syok karena hipovolemia perdarahan (tergantung beratnya perdarahan)

Pemeriksaan

- **Chandelier sign** (nyeri goyang portio)
- RT → Penonjolan cavum douglas
- Kuldosintesis → darah
- USG → pastikan tempat implantasi
- B-HCG → pastikan kehamilan

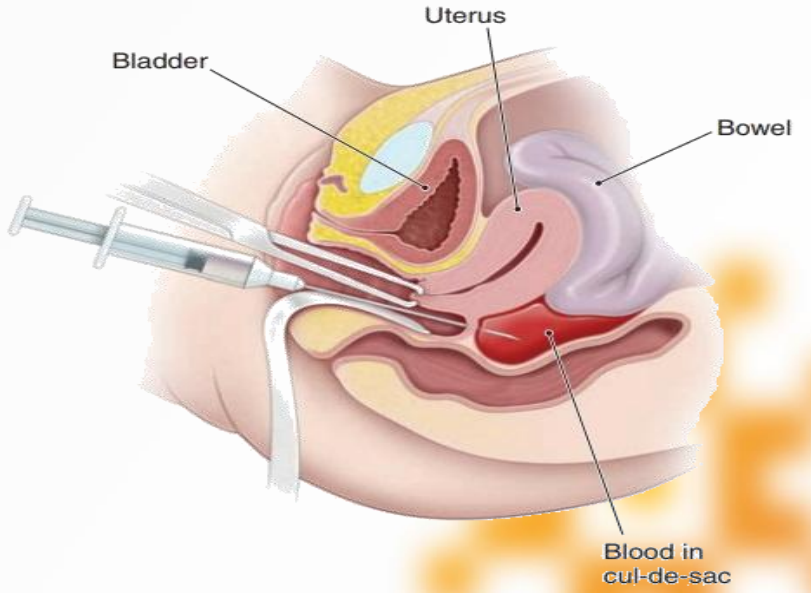


FIGURE 13.4. Culdocentesis.

Kehamilan Ektopik Terganggu

Tatalaksana

- Tatalaksana Umum
  - **Resusitasi cairan** 500ml dalam 15 menit atau 2L dalam 2 jam pertama
  - **Rujuk ke RS**
- **Laparotomi:** eksplorasi kedua ovarium dan tuba fallopii
  - Kerusakan berat pada tuba → salpingektomi
  - Kerusakan ringan pada tuba → salpingostomi
- Atasi anemia dengan pemberian tablet besi sulfas ferosus 60 mg/hari selama 6 bulan

Mola Hidatidosa

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Mola Hidatidosa

Definisi

- Penyakit **trofoblastik gestasional** dimana terjadi perubahan hidropik pada vili korionik akibat **proliferasi trofoblas**.
- **Nama Lain**: hamil anggur/*molar*

Gejala khas

- **TFU > UK**
- **Mual muntah hebat**
- Perdarahan Ante Partum < 20 Minggu

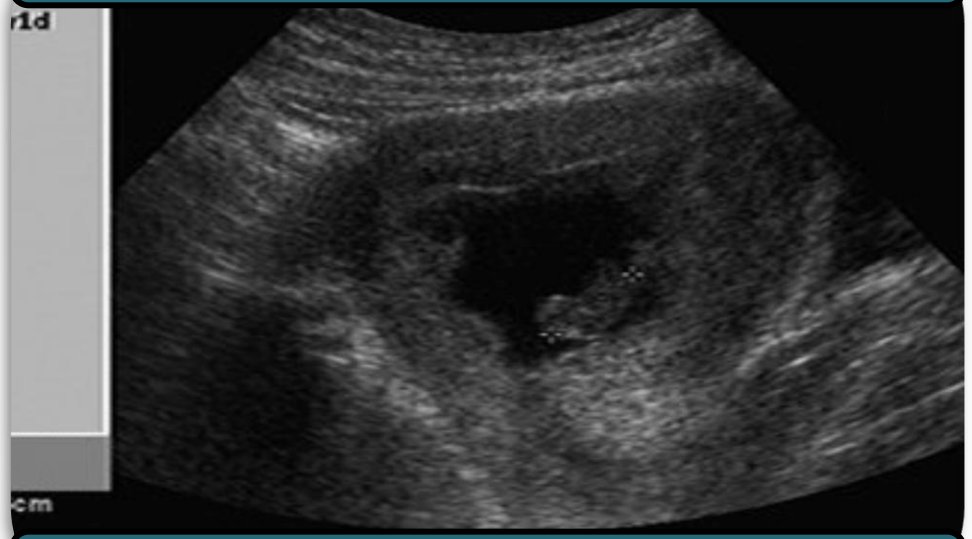
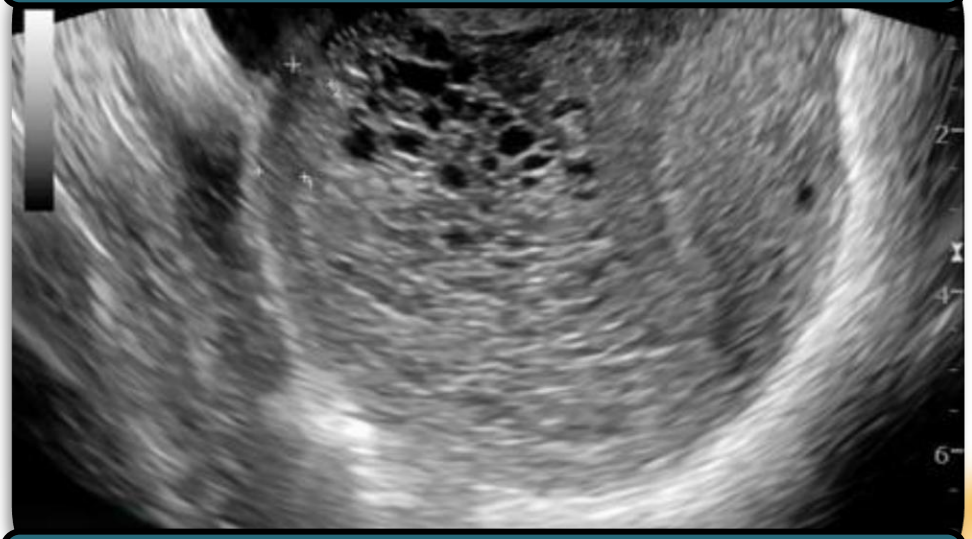
Klasifikasi	Mola Komplit	Mola Parsial
Kariotipe	46XX atau XY	69 XXY, XYY, XXX
DJJ	(-)	(+)
Kadar B-HCG	Sangat meningkat	Meningkat
Proliferasi Trofoblas	Difus, **Snowstorm appearance**	Fokal, **Honeycomb appearance**
TFU	> Usia kehamilan	= usia kehamilan
Hiperemesis	Dominan	Minimal
Tirotoksikosis	Dominan	Minimal
Komplikasi keganasan	Lebih sering	Lebih jarang

Mola Hidatidosa

Pemeriksaan Penunjang

- **Beta hCG kuantitatif → biasanya angka >100.000 mIU/mL**
- **USG** → Pemeriksaan Penunjang diagnostic
  - ***snowstorm / honeycomb appearance***
- Darah lengkap → menilai anemia akibat perdarahan
- Hormon tiroid (TT3 dan fT4) → menilai tirotoksikosis; beta-hCG memiliki struktur yang mirip dengan TSH

Mola Hidatidosa

Mola Komplit	Mola Parsial
	
Snowstorm Appereance	Honeycomb Appereance

MED⁺EASY

Snowstorm (badai), sapu bersih, ga ada lagi apa-apa → mola TOTAL (ga ada janin)

Mola Hidatidosa

Tatalaksana

	Mola Komplit	Mola Parsial
Tatalaksana	**AVM**	- **AVM** - Bila ukuran janin terlalu besar untuk kuretase → evakuasi hasil konsepsi per abdominam
Follow up	- **Pemeriksaan histopatologis** untuk mengeksklusi neoplasma trofoblastik → **Koriokarsinoma** - Bila PA tidak dilakukan → β hCG urin 2 minggu sekali setelah terapi	

Mola Hidatidosa

Monitoring

- **Cegah kehamilan minimal 1 tahun**
- Pemeriksaan HCG serum setiap 2 minggu
- **Bila hasil HCG serum terus menetap** atau naik dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut, **rujuk ke RS tersier** yang memiliki fasilitas kemoterapi → Curiga **Koriokarsinoma**
- HCG urin yang belum memberi hasil negatif selama 8 minggu juga mengindikasikan untuk rujuk ke RS tersier yang memiliki fasilitas kemoterapi

Perdarahan Ante Partum < 20 Minggu

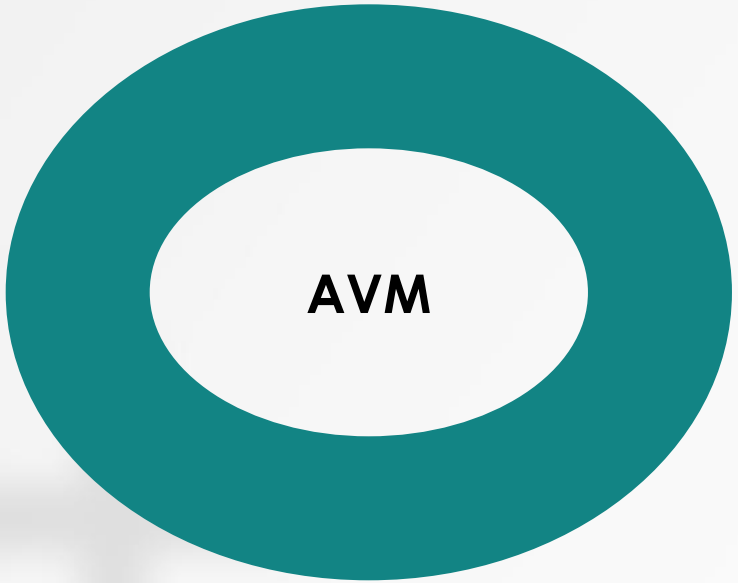
	Abortus Spontan	KET	Mola Hidatidosa
Definisi	• Pengeluaran janin <20 minggu / 500 gram	• Implantasi diluar cavum uteri • Ampula → tersering	• Hiperproliferasi sel trofoblas • Komplikasi → Koriokarsinoma
Gejala dominan	Perdarahan	Nyeri perut Dapat disertai hipotensi	Mual dan muntah

Pemeriksaan	• Inspekulo → Portio
	• Riwayat ekspulsi jaringan
		• RT → Cavum douglas menonjol
		• Nyeri goyang portio (chandelier sign)
		• USG Transvaginal
			• DJJ
			  • (-) → Mola komplit
			  • (+) → Mola parsial
			• bHCG >>
			• USG
			  • Snow Storm → Mola komplit
			  • Honeycomb → Mola parsial

Tatalaksana	Dilatasi kuretase AVM	Laparotomi	AVM

Talak tepat dik?

Ibu UK 12 minggu, Keluar darah dengan gumpalan jaringan, PF: OUE tertutup, nyeri goyang portio (-), Lab Hb: 10.5 g/dL.



Perdarahan Ante Partum >20 Minggu

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

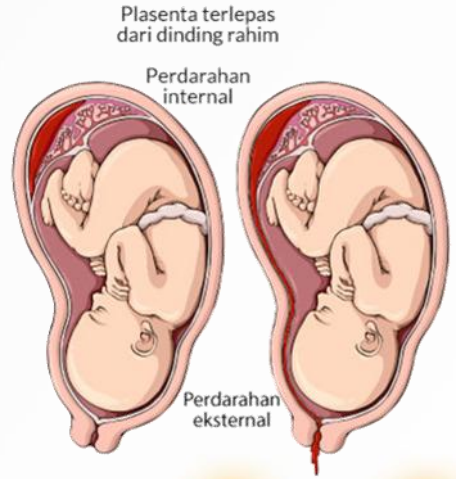
Solusio Plasenta

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Solusio Plasenta

Definisi

- Terlepasnya sebagian/seluruh plasenta sebelum persalinan pada UK >20 minggu



Etiologi

- Nekrosis desidua → mekanisme belum jelas
- **Trauma**

Manifestasi klinis

- Perdarahan per vaginam → mendadak; **berwarna merah gelap**
  - Terkadang perdarahan sangat sedikit / tidak ada karena darah terperangkap antara membran korioamniotik dan desidua → ***concealed bleeding***
  - **Keram perut** → akibat kontraksi uterus; nyeri punggung dapat terjadi bila plasenta terletak di posterior
  - Fundus uteri keras
  - Syok Hemoragik → **Hipotensi dan takikardia** maternal
  - Gawat janin → Bradikardia/takikardia janin

Solusio Plasenta

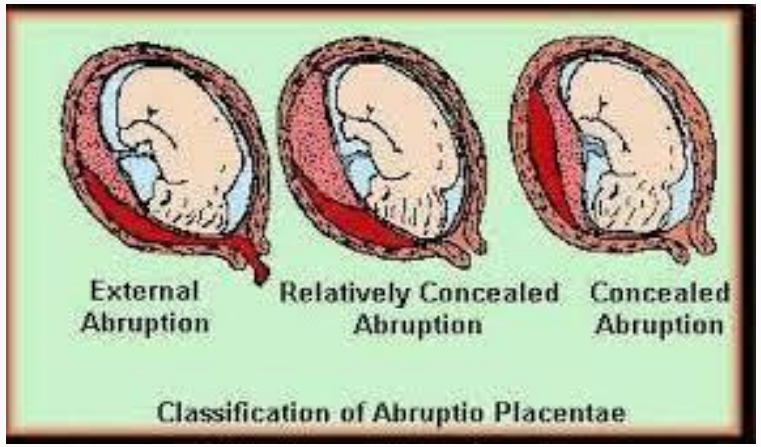
Pemeriksaan Penunjang

- **Kadar Fibrinogen**
  - Perdarahan sedikit → kadar normal
  - Perdarahan hebat (≤200 mg/dL) → curiga terjadi **komplikasi DIC**
- Pencitraan
  - **USG: Hematoma retroplasenta**
  - CT/MRI: dapat dilakukan bila USG tidak menemukan adanya kelainan
- CTG → menilai gawat janin

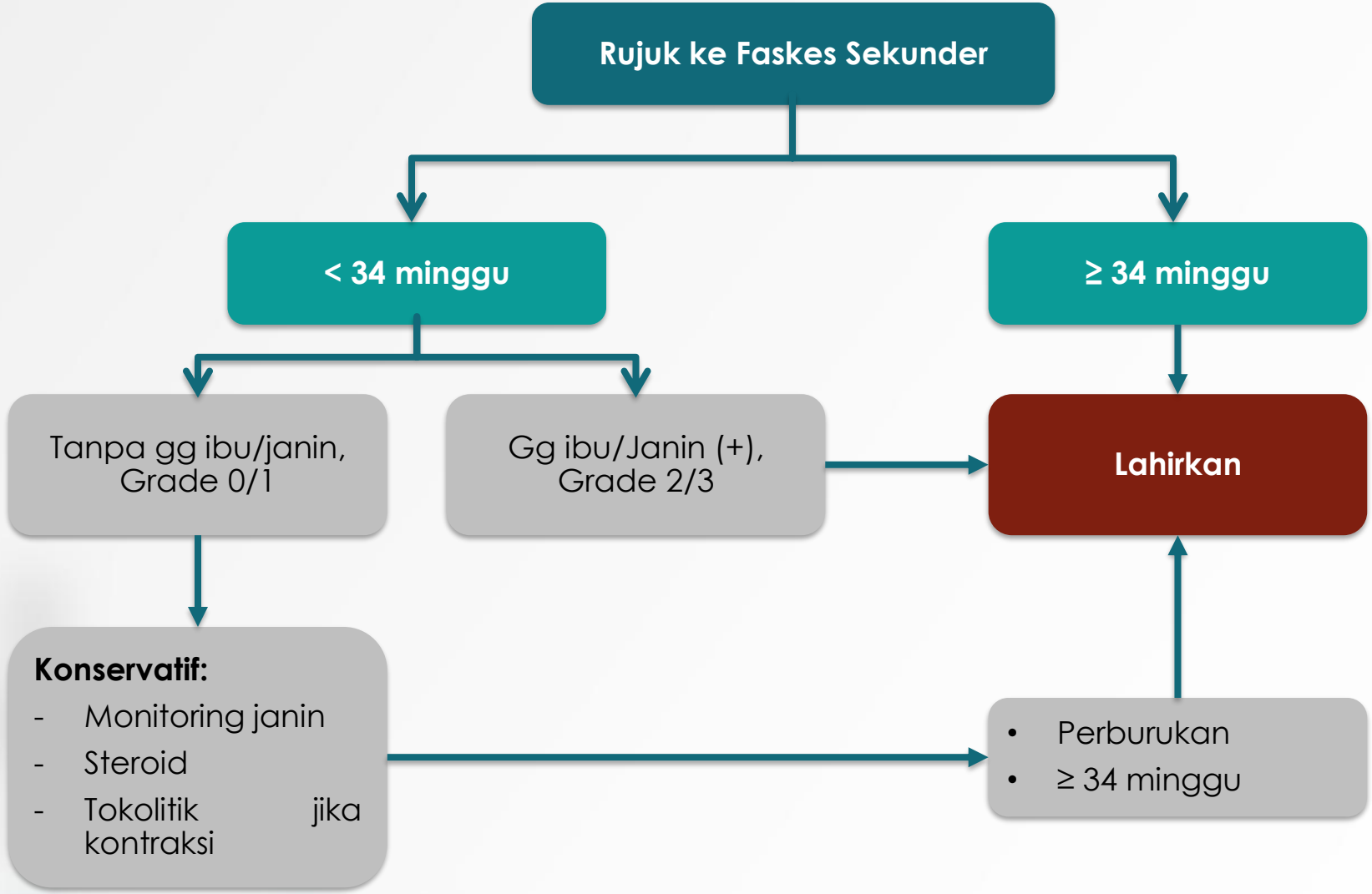
Perdarahan Retro Plasenta

Solusio Plasenta

Grade	Klinis Perdarahan	Uterine Tenderness	Hipotensi Maternal	Koagulopati Konsumtif	Fetal Distress
0	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
1	Ya	Ya atau Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
2	Ya atau Tidak	Ya	Tidak	Jarang	Ya
3	Ya atau Tidak	Ya	Ya	Sering	Kematian



Tatalaksana Solusio Plasenta



Solusio Plasenta

Komplikasi

Komplikasi	Penyebab
Syok Hemoragik	Akibat perdarahan eksternal maupun concealed bleeding
DIC	Akibat hipofibrinemia saat perdarahan
Gagal Ginjal	Akibat vasospasme pembuluh darah renal terkait perdarahan hebat
Perdarahan feto-maternal	Akibat abruptio plasenta traumatic
Uterus couvelaire	Ekstravasasi darah ke miometrium

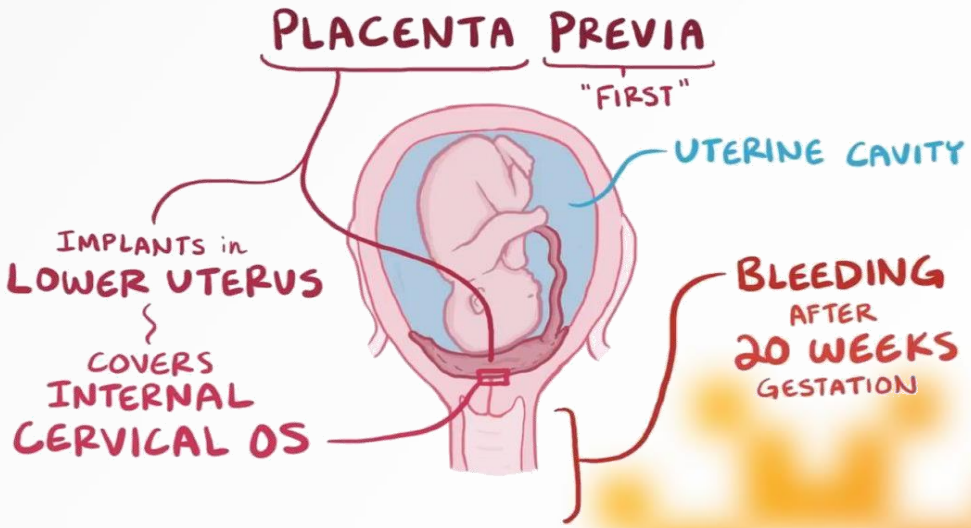
Plasenta Previa

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Placenta Previa

Definisi

- **Implantasi plasenta** pada bagian bawah rahim sehingga **menutupi jalan lahir.**



Manifestasi Klinis

- Perdarahan per vaginam
  - Tidak ada nyeri perut
  - Berwarna merah segar
  - *Sentinel bleeding*: Riwayat perdarahan pertama kali yang berhenti sendiri

Placenta Previa

Klasifikasi

- **Plasenta letak rendah**

belum menutupi ostium interna **(<2 cm)**

- **Plasenta marginal**

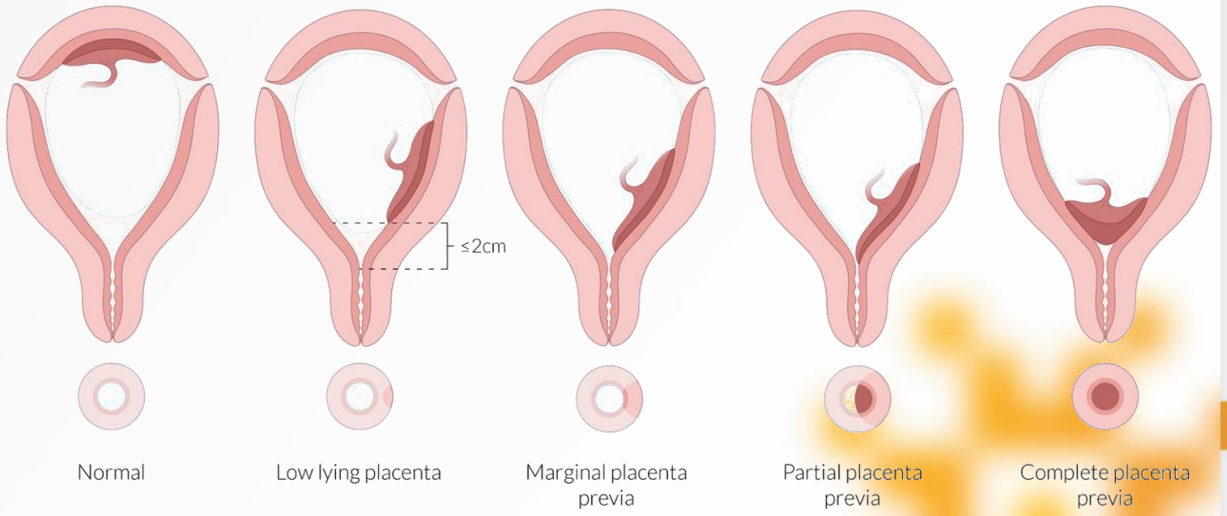
plasenta terletak tepat **di tepi** ostium interna

- **Plasenta previa parsial**

plasenta terletak menutupi **sebagian** ostium interna

- **Plasenta previa totalis**

plasenta menutupi **seluruh** ostium interna



Placenta Previa

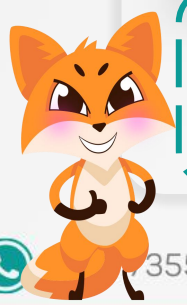
Pemeriksaan Penunjang

- *Double set-up* → VT di OK persiapan operasi
- **USG transabdominal/transvaginal** → penunjang **terbaik**; menilai lokasi plasenta
- MRI → bila terdapat komplikasi berupa plasenta akreta

Tatalaksana

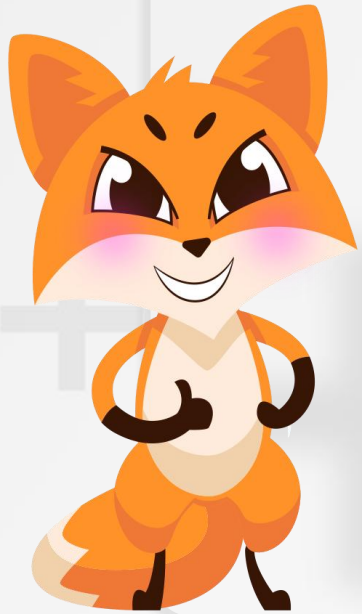
- Perdarahan aktif ATAU gawat janin → SC cito
- UK >37 minggu tanpa perdarahan → **SC elektif**
- UK <37 minggu tanpa perdarahan → manajemen ekspektan
  - Observasi 48 jam bila terjadi *sentinel bleeding*
  - Pematangan paru pada UK <34 minggu
  - Tokolisis bila ada kontraksi uterus

Pemeriksaan VT dikontraindikasikan pada plasenta previa karena dapat menyebabkan **perdarahan**



Untuk menjawab soal UKMPPD

- Pilihan persalinan pada plasenta previa:
  - ***Low lying* dan *marginalis* → Dapat diusahakan pervaginam**
  - ***Partialis* dan *totalis* → SC**
- Tatalaksana pada UK <37 Minggu:
  - Ekspektan → *Follow up* dan *monitoring*
  - Syarat terapi ekspektatif:
    - Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti dengan atau tanpa pengobatan tokolitik
    - Belum ada tanda inpartu
    - Keadaan umum ibu cukup baik
    - Janin masih hidup dan kondisi janin baik



Solusio Plasenta vs Placenta Previa

	Placental abruption/Solutio Placenta	Placenta Previa
Definisi	• Terlepasnya placenta sebagian atau seluruhnya dari tempat implantasinya yang normal sebelum waktunya	• Placenta yang berimplantasi pada SBR sehingga menutupi seluruh/Sebagian OUI
Faktor Resiko	• Hipertensi • Cocaine • Trauma • Multiparitas	• Riw SC • Gemeli • Riw Abortus • Usia ibu > 30 tahun
Perdarahan	• **Merah tua s/d coklat hitam** • **Terus menerus** • **Diserta nyeri**	• **Merah segar** • **Berulang** • **Tidak nyeri**
Uterus	• Tegang, bagian janin tak teraba	• Tidak tegang, tidak nyeri tekan
Syok	• Lebih sering • Tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar	• Jarang • Sesuai dengan jumlah darah yang keluar

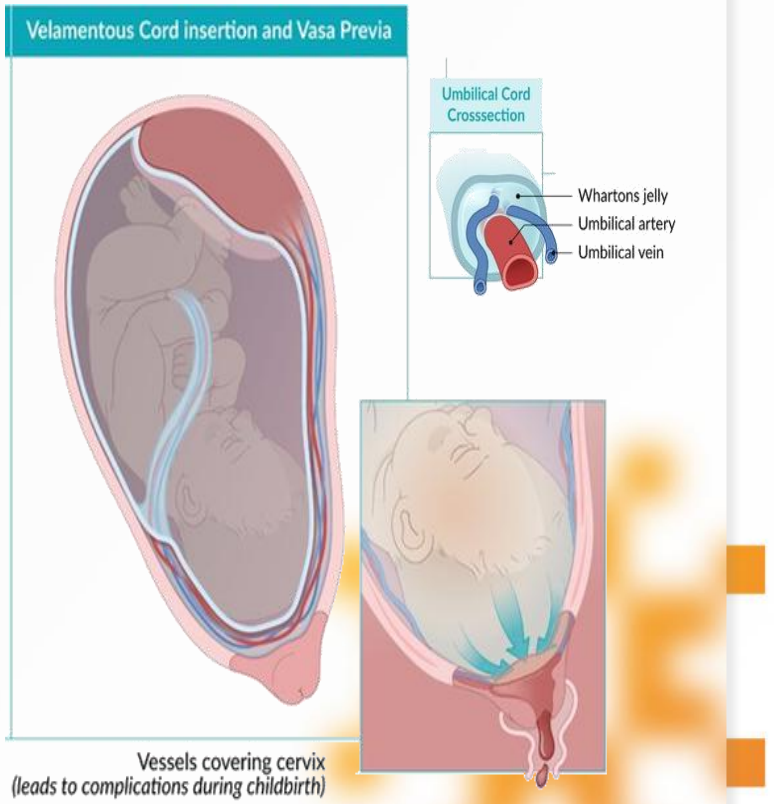
Vasa Previa

0821 7355 5801
@medsense.plus
MEDSENSE

Vasa Previa

Definisi

- Pembuluh darah janin berada di bagian terbawah janin dan tidak dilindungi oleh **Wharton jelly → Potensi rupture**
- Dilatasi serviks / pecah ketuban → **Perdarahan**

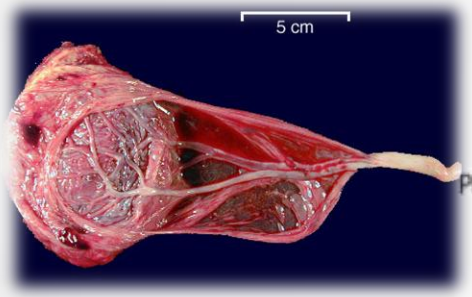


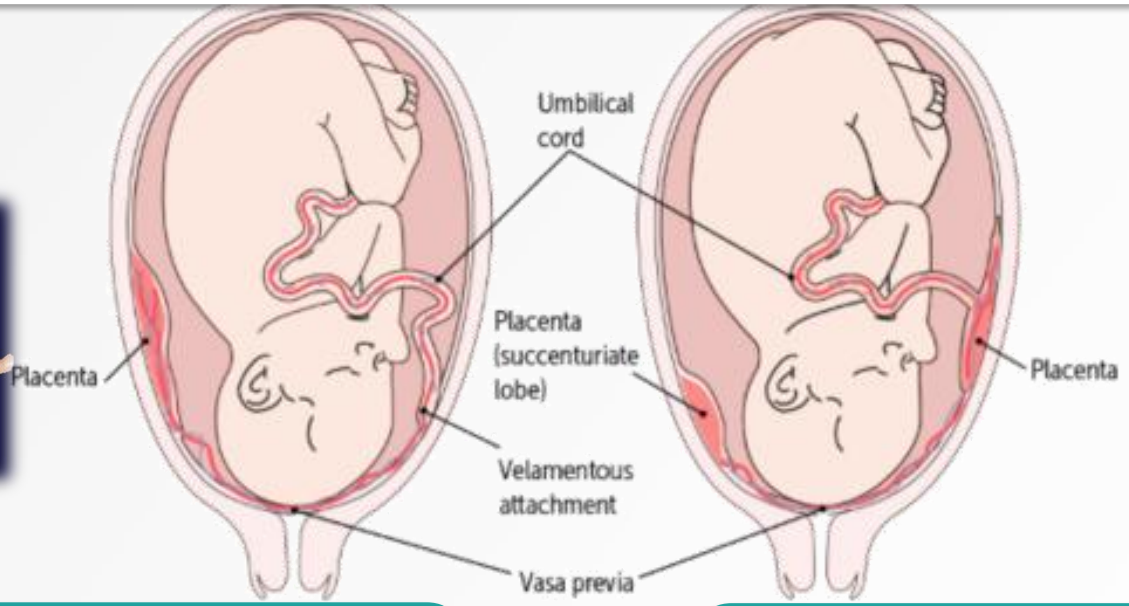
Faktor Risiko

- Plasenta letak rendah
- Multiple gestation
- Plasenta bilobus
- Insersi villamentous tali pusat

Vasa Previa

Klasifikasi





Velamentous Insertion

Korda umbilikalis berjalan di antara amnion dan korion dan **tidak dilindungi wahrton jelly**

Placenta Bilobus

Terdapat plasenta yang lebih kecil (**berseberangan dengan plasenta utama → plasenta succentariata**)

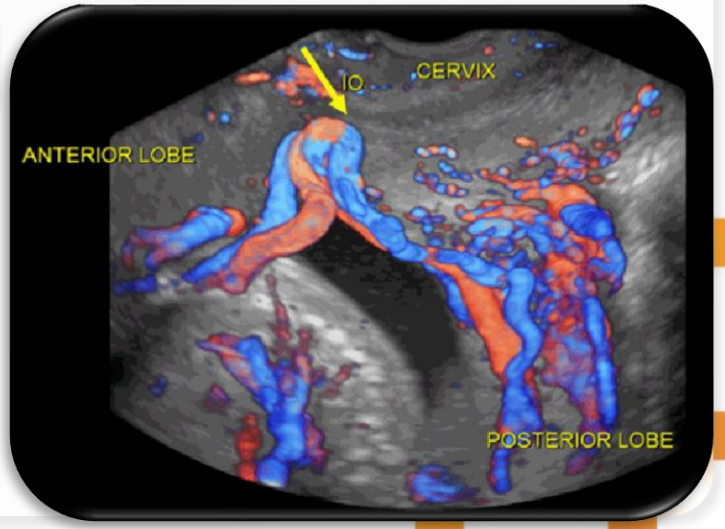
Vasa Previa

Manifestasi Klinis

- **Ruptur kantong amnion → rupture pembuluh darah**
- Perdarahan pervaginam tidak nyeri → Syok
- Vasa terkompresi → Fetal distress
- Perdarahan janin (*Kleihauer-Beike Test* (+))

Pemeriksaan Penunjang

- **USG doppler** + posisi tredelenberg
- Tampak pembuluh darah di antara cervix dan bagian terendah janin



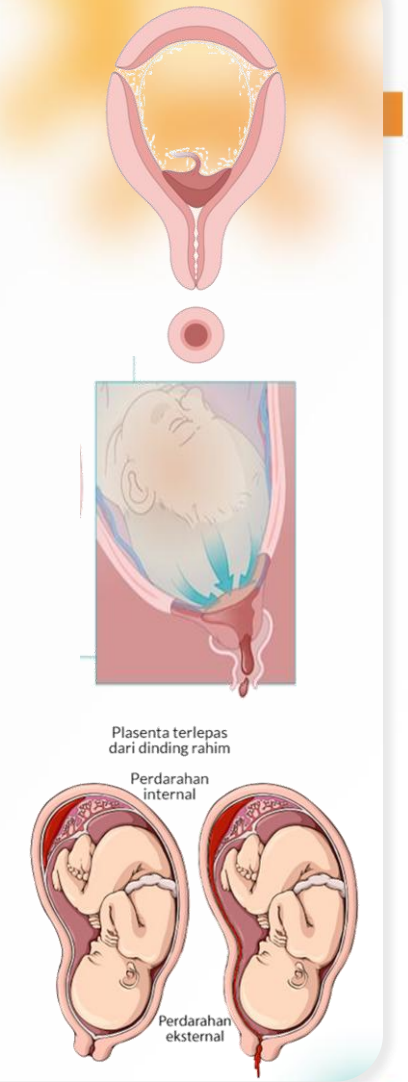
Vasa Previa

Tatalaksana → Terminasi kehamilan

- Antepartum
  - CTG non-stress test/minggu mulai dari UK 32 minggu
  - Pematangan paru → sering terjadi persalinan preterm
- Persalinan
  - **SC emergensi** → pada pasien inpartu, KPD, gawat janin
  - SC pada usia gestasi 34-37 minggu jika tidak ada komplikasi

Diagnosa Banding Perdarahan ante-partum >20 Minggu

Diagnosis	Faktor Resiko	Manifestasi Klinis	Pemeriksaan Penunjang	Pilihan Persalinan
Plasenta previa	• Riw SC • Gemeli	• Merah segar • Berulang • Tidak nyeri	USG	• Dapat PSP • SC elektif
Vasa previa	• Plasenta letak rendah • Ruptur membrane → perdarahan	• Merah segar • Terjadi setelah rupture membran • (+/-) Syok • Fetal distress	Doppler USG	SC Cito
Solutio plasenta / Abruptio plasenta	• Trauma • Hipertensi	• Merah tua s/d coklat hitam • Terus menerus • Diserta nyeri • Uterus tegang	USG → perdarahan retroplasenta	SC Cito



Talak tepat lagi dik?

Ibu G5P4 UK 37 minggu, perdarahan kehitaman dari jalan lahir, nyeri perut. PF: uterus tegang, DJJ (-). Bishop score 7.

SC Cito

Drip oksitosin

MEDSENSE plus

3B

Prolaps Tali Pusat

0821 7355 5801

@medsense.plus

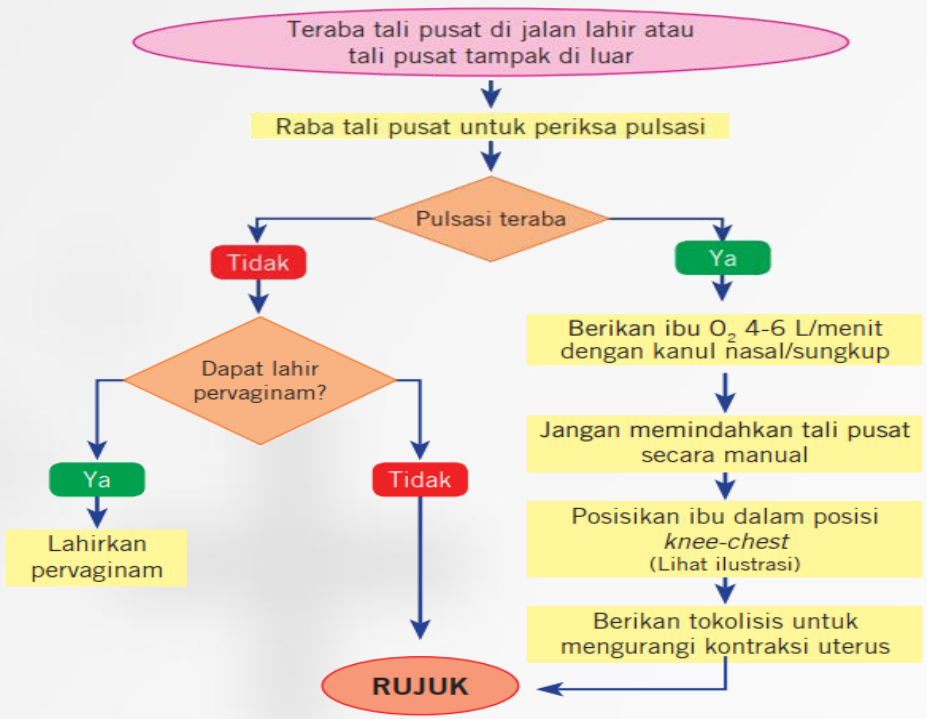
MEDSENSE

Prolaps Tali Pusat

Definsi

Keluarnya tali pusat dari uterus sebelum janin

Tatalaksana


Teraba tali pusat di jalan lahir atau tali pusat tampak di luar
Raba tali pusat untuk periksa pulsasi
Pulsasi teraba
Tidak
Ya
Dapat lahir pervaginam?
Ya
Tidak
Lahirkan pervaginam
Berikan ibu O_2 4-6 L/menit dengan kanul nasal/sungkup
Jangan memindahkan tali pusat secara manual
Posisikan ibu dalam posisi *knee-chest* (Lihat ilustrasi)
Berikan tokolisis untuk mengurangi kontraksi uterus
RUJUK

Klasifikasi

Tali Pusat Menumbung (prolapse funiculi)

Tali pusat di bawah bagian terendah janin

Dapat prolaps ke vagina atau bahkan keluar vagina

Selaput Ketuban (-) / pecah

Tali Pusat Terkemuka

Berada di samping bagian terbawah janin

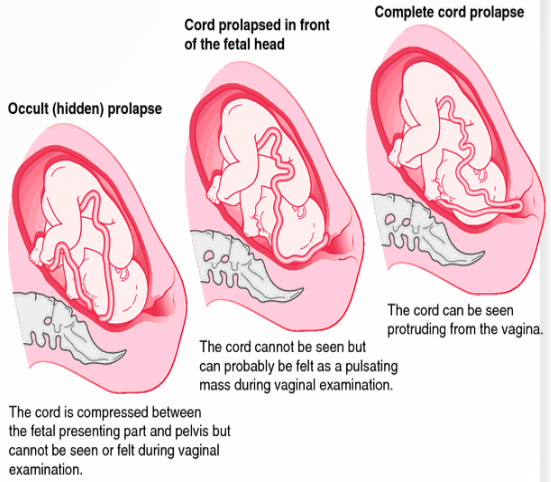
Dapat teraba saat VT

Selaput Ketuban (+) / intak

Occult prolapse / hidden prolapse

Berada di samping bagian terbawah janin

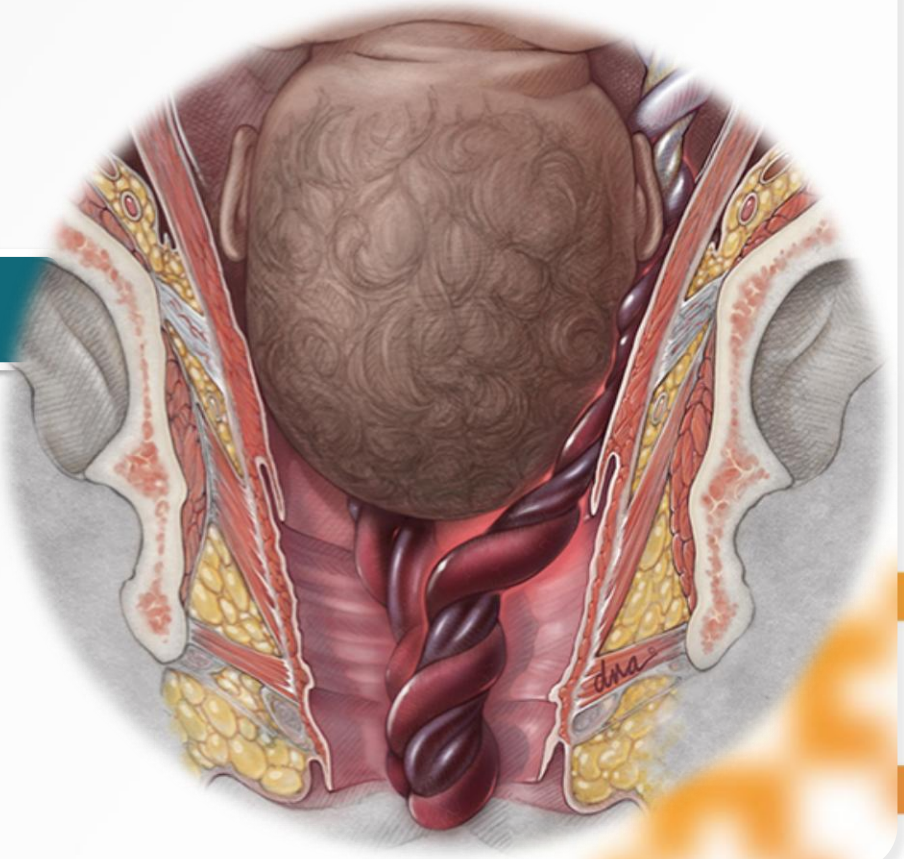
(-) teraba saat VT


Occult (hidden) prolapse
Cord prolapsed in front of the fetal head
Complete cord prolapse
The cord can be seen protruding from the vagina.
The cord cannot be seen but can probably be felt as a pulsating mass during vaginal examination.
The cord is compressed between the fetal presenting part and pelvis but cannot be seen or felt during vaginal examination.

Prolaps Tali Pusat

Definisi

- Keluarnya tali pusat dari uterus sebelum janin



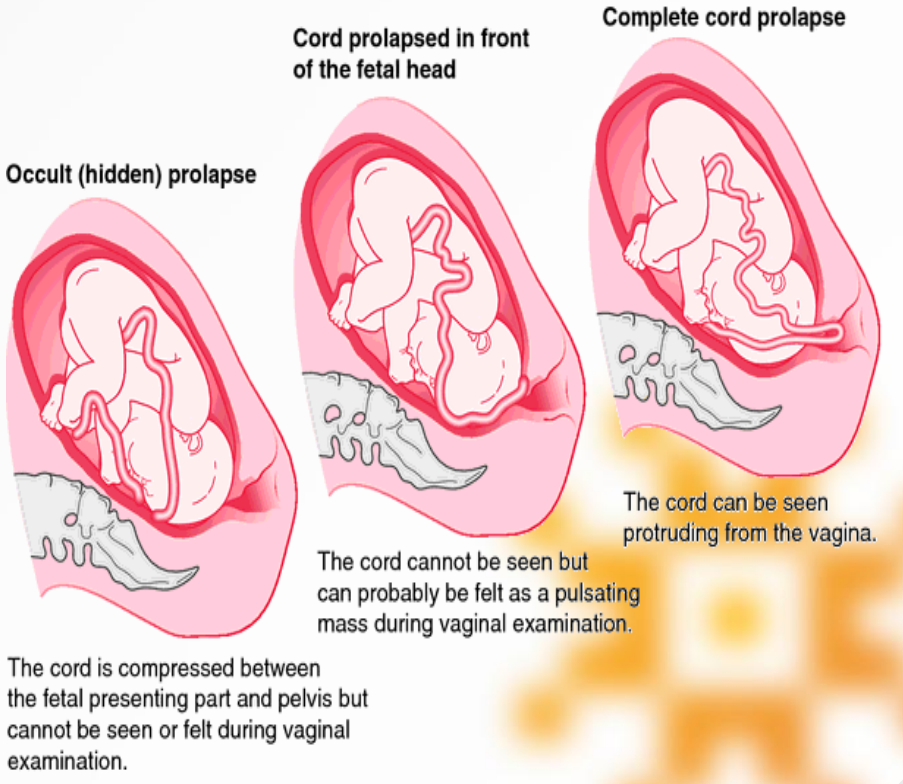
Faktor Resiko

- Malpresentasi
- Prematuritas
- Gemelli
- Hidramnion
- Plasenta Previa
- Panggul sempit

Prolaps Tali Pusat

Klasifikasi

Tali Pusat Menumbung (prolapse funiculi)
Tali pusat di bawah bagian terendah janin
Dapat prolaps ke vagina atau bahkan keluar vagina
Selaput Ketuban (-) / pecah
Tali Pusat Terkemuka
Berada di samping bagian terbawah janin
Dapat teraba saat VT
Selaput Ketuban (+) / intak
Occult prolapse / hidden prolapse
Berada di samping bagian terbawah janin
(-) teraba saat VT


Occult (hidden) prolapse
Cord prolapsed in front of the fetal head
Complete cord prolapse
The cord is compressed between the fetal presenting part and pelvis but cannot be seen or felt during vaginal examination.
The cord cannot be seen but can probably be felt as a pulsating mass during vaginal examination.
The cord can be seen protruding from the vagina.

Prolaps Tali Pusat

Pemeriksaan

- Inspekulo:
  - Tali pusat terlihat di dekat bagian terbawah janin / di jalan lahir
- VT:
  - Teraba tali pusat di dekat bagian terbawah
  - **Berdenyut → khas**
- DJJ menurun → akibat kompresi tali pusat

Prolaps Tali Pusat

Tatalaksana

- Tekanan tali pusat oleh bagian terendah janin dapat diminimalisasi dengan posisi **knee chest atau Trendelenburg**. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang menyediakan layanan SC.

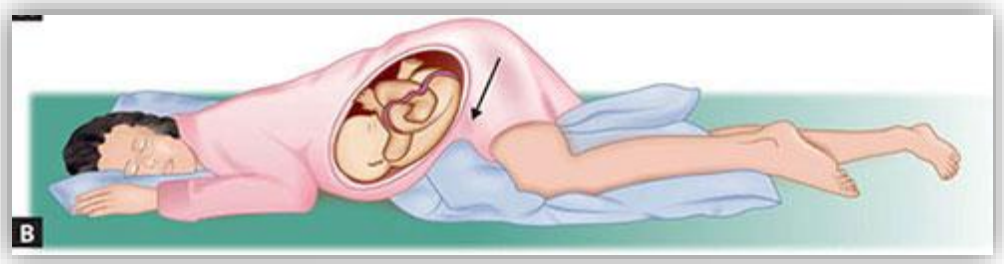
Tredelenburg Position

Knee Chest Position

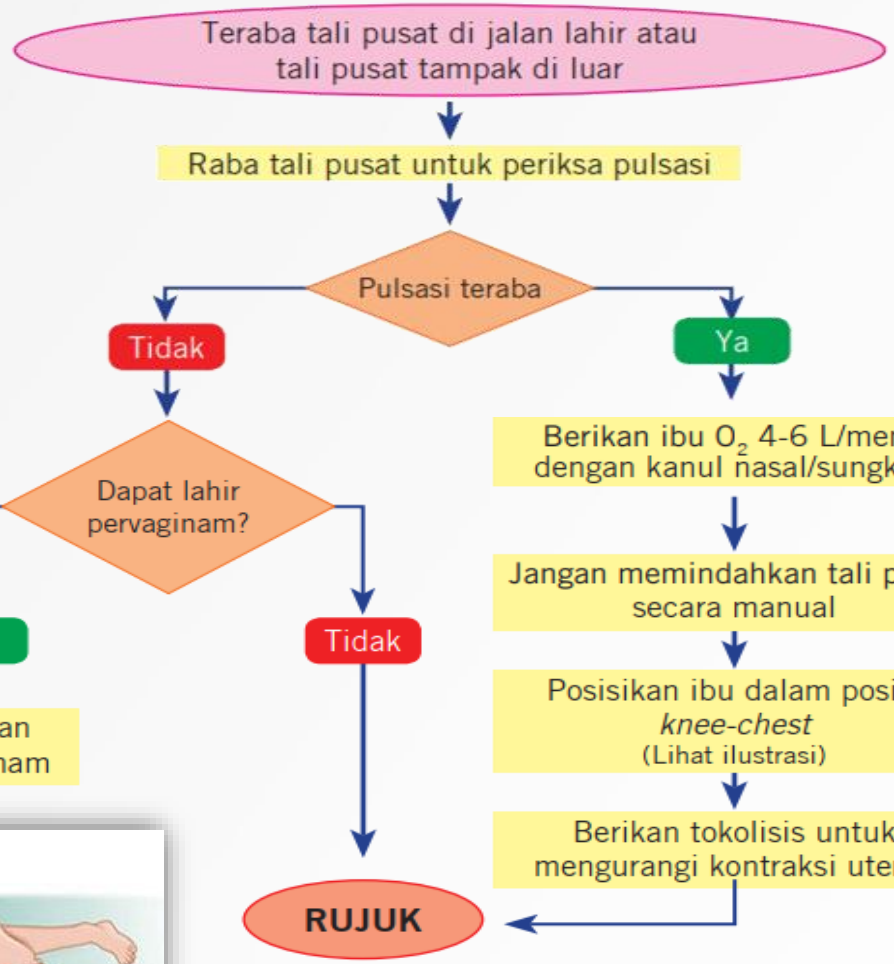
Prolaps Tali Pusat

Tatalaksana

- Perhatikan denyut tali pusat:
  - **Denyut / DJJ (-)** : artinya janin telah mati dan **sebisa mungkin pervaginam** tanpa tindakan agresif.
  - Denyut / DJJ (+) :
    - **Berikan oksigen.**
    - **Hindari memanipulasi tali pusat**. Jangan memegang atau memindahkan tali pusat yang tampak pada vagina secara manual.
    - **Posisi ibu Trendelenburg atau knee-chest.**
    - Dorong bagian terendah janin ke atas secara manual untuk mengurangi kompresi pada tali pusat
    - Segera rujuk ibu ke fasilitas yang melayani seksio sesarea. Pada saat proses transfer dengan ambulans, posisi knee chest kurang aman, sehingga **posisikan ibu berbaring ke kiri.**



Algoritma Tatalaksana Prolaps Tali Pusat


Teraba tali pusat di jalan lahir atau tali pusat tampak di luar
Raba tali pusat untuk periksa pulsasi
Pulsasi teraba
Tidak
Ya
Dapat lahir pervaginam?
Ya
Tidak
Lahirkan pervaginam
RUJUK
Berikan ibu O_2 4-6 L/menit dengan kanul nasal/sungkup
Jangan memindahkan tali pusat secara manual
Posisikan ibu dalam posisi *knee-chest* (Lihat ilustrasi)
Berikan tokolisis untuk mengurangi kontraksi uterus

Baring ke Kiri

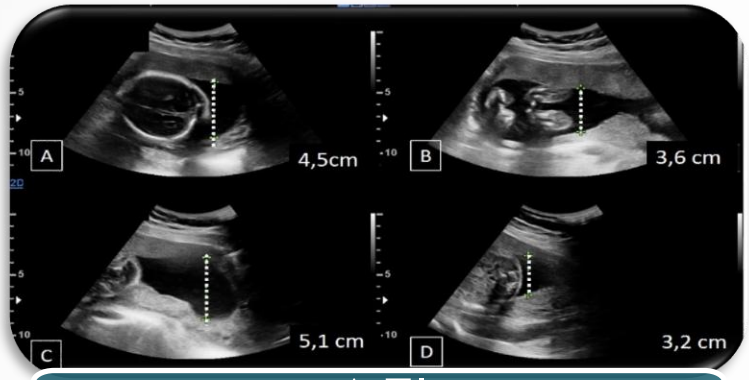
Knee Chest Position

Hidramnion dan Oligohidramnion

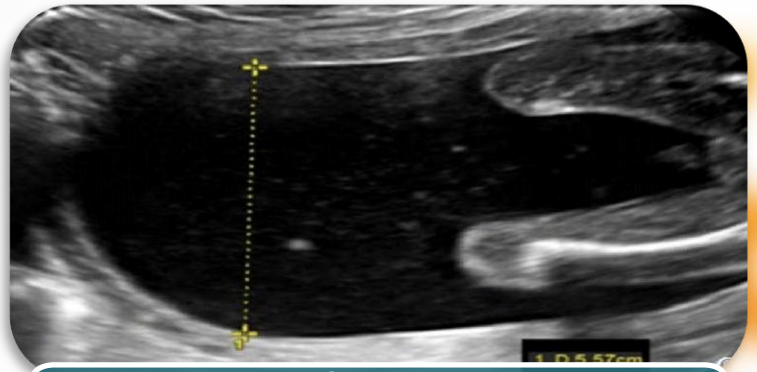
Hidramnion dan Oligohidramnion

Cairan Ketuban

- **Volume normal: 500-2000ml**
- USG:
  - Amniotic Fluid Index (AFI) → 4 kuadran
    - oligohidramnion : <5cm
    - **Normal : 5-24cm**
    - Poli/hidramnion : >24cm
  - Single Deepest Pocket (SDP) → 1 ruang kantong terbesar
    - Oligohidramnion : <2cm
    - **Normal : 2-8cm**
    - Polihidramnion : >8cm



AFI

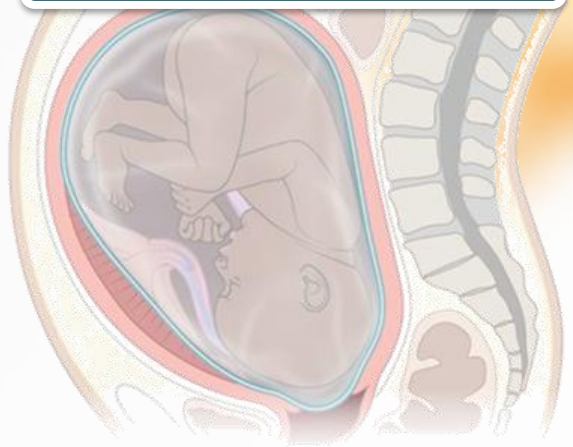


SDP

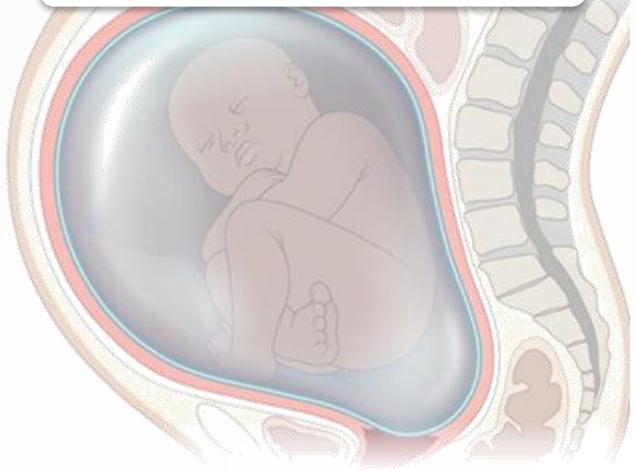
Hidramnion dan Oligohidramnion

Keterangan	Polihidramnion	Oligohidramnion
Volume Cairan Amnion	>2000ml	<500ml
Klinis	TFU > UK Sulit meraba bagian janin dan deteksi DJJ	TFU < UK
Penunjang	AFI > 24 cm SDP > 8 cm	AFI < 5 cm SDP < 2 cm
Etiologi Predisposisi	Ibu DM Riwayat hidramnion sebelumnya	Kelainan kromosom Insufisiensi uteroplasenta
Kelainan Penyerta	Atresia esofagus	Agenesis renal Potter's Syndrome
Tatalaksana	Amniotomi	Amnioinfusi
Komplikasi	KPD Prematuritas	IUGR IUFD

Oligohidramnion



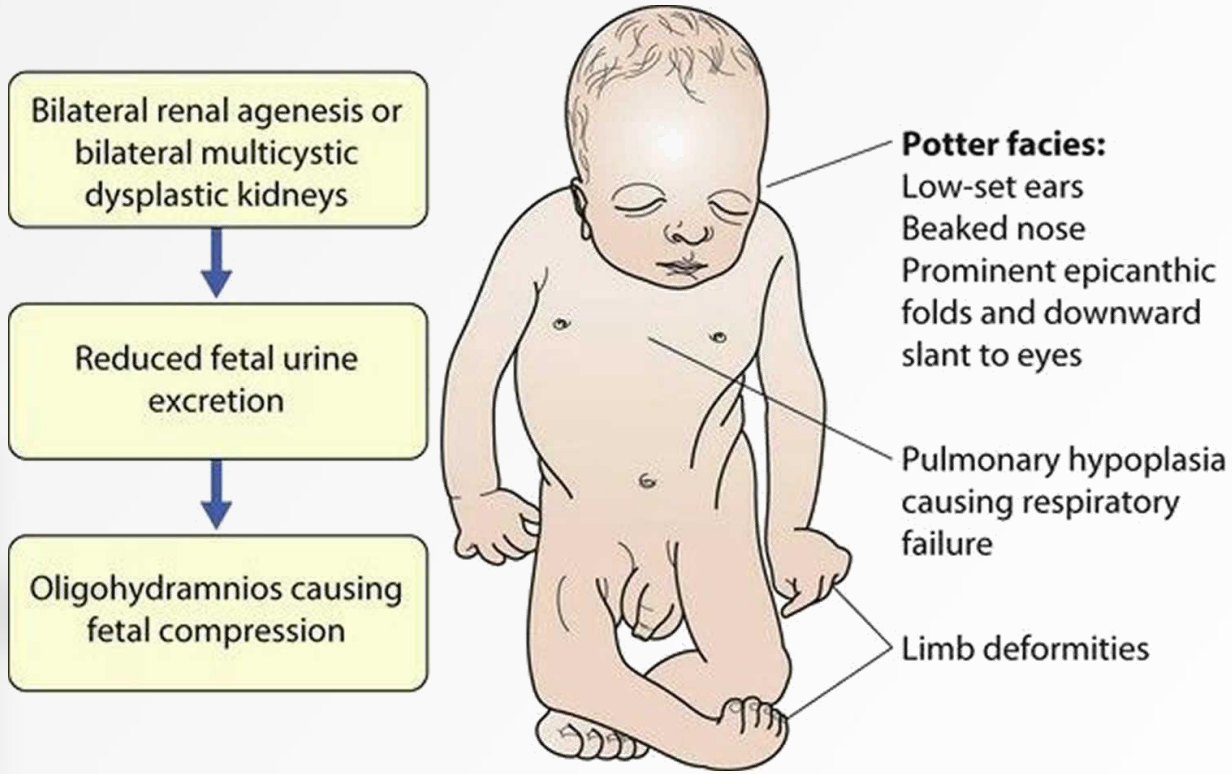
Polihidramnion

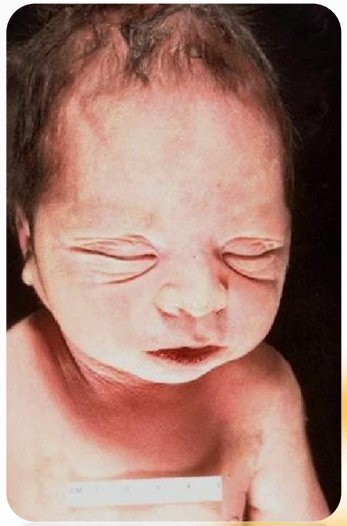


Hidramnion dan Oligohidramnion

Potter Syndrome

- Penyakit yang dapat disebabkan oleh oligohidramnion ec agenesis renal


Bilateral renal agenesis or bilateral multicystic dysplastic kidneys
Reduced fetal urine excretion
Oligohydramnios causing fetal compression
Potter facies:
Low-set ears
Beaked nose
Prominent epicanthic folds and downward slant to eyes
Pulmonary hypoplasia causing respiratory failure
Limb deformities



MEDSENSE plus

3A

Ketuban Pecah Dini

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

Ketuban Pecah Dini

Klasifikasi

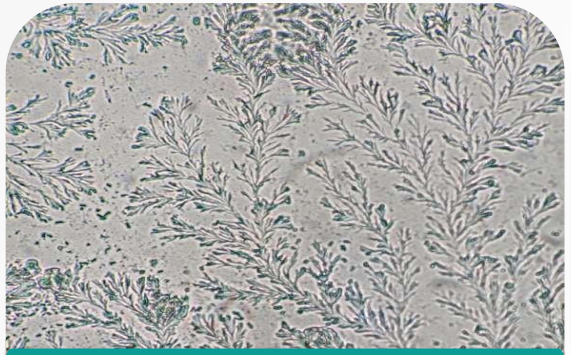
KPD sangat preterm	PPROM	PROM	KPD Memanjang	Korioamnionitis
24 - <34 Minggu	34 - <37 Minggu	≥ 37 Minggu	> 24 Jam	Tanda infeksi (demam, leukositosis)

Diagnosis

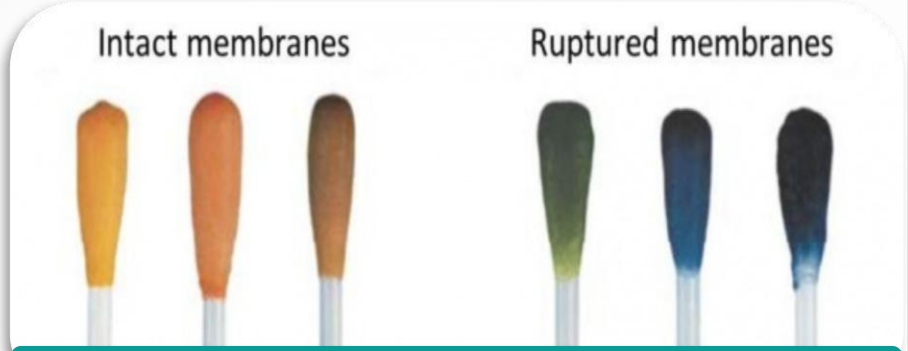
Inspekulo → Awal
cairan jernih mengalir keluar dari serviks

Nitrazin test (Lakmus)
Lakmus **merah** → **biru**
**pH air ketuban bersifat basa (pH > 7)*

Mikroskopis
ferning sign → **gambaran daun pakis**



Ferning Sign



Nitrazin Test

Tatalaksana

Tata laksana awal	
Ampicillin 2 g IV/6 jam + erythromicin 250 mg IV/6 jam	
Tata Laksana Lanjutan	
≥34 minggu	• **Induksi persalinan** dengan oksitosin
24-33 minggu	• **Kortikosteroid untuk pematangan paru**
<24 minggu	• Konseling

Ketuban Pecah Dini (KPD)

Definisi

- **Robeknya selaput korioamnion dalam kehamilan**

Klasifikasi

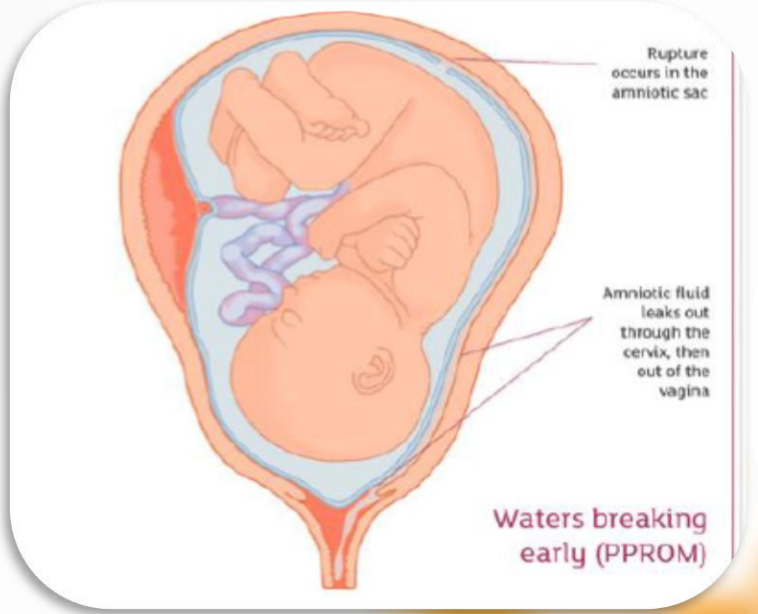
- PROM (*Premature Rupture of Membrane*)
  - usia kehamilan >37 minggu
- PPROM (*Preterm Premature Rupture of Membrane*)
  - usia kehamilan <37 minggu
- KPD Memanjang :
  - Ketuban pecah >24 jam

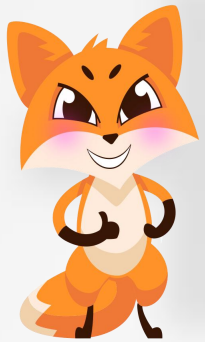
Ketuban Pecah Dini

3A

Klasifikasi

- **Ketuban Pecah Dini**
  - **KPD sangat preterm** — 24 - <34 Minggu
  - **PPROM** — 34 - <37 Minggu
  - **PROM** — ≥ 37 Minggu
  - **KPD Memanjang** — > 24 Jam


Rupture occurs in the amniotic sac
Amniotic fluid leaks out through the cervix, then out of the vagina
Waters breaking early (PPROM)

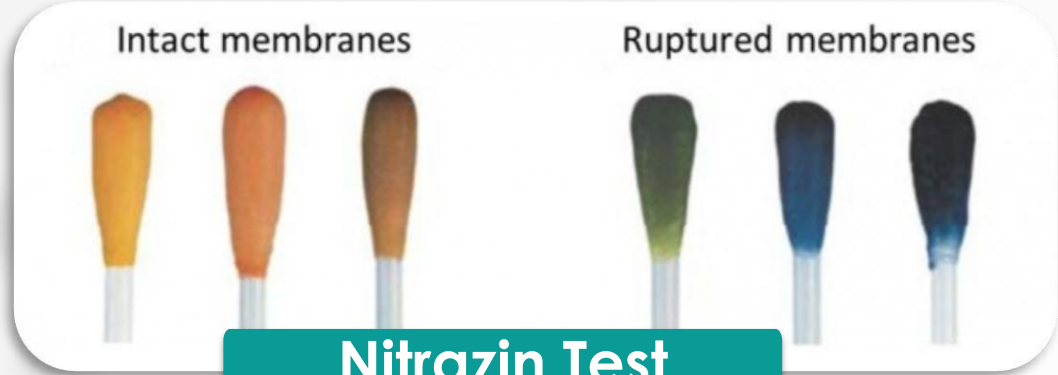


Jika disertai Tanda infeksi **(Demam, leukositosis) → Korioamnionitis**

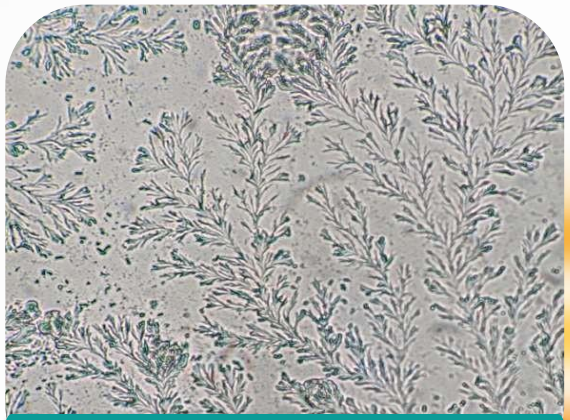
Ketuban Pecah Dini

Diagnosis

- Inspeksi:
  - cairan jernih mengalir keluar dari serviks
- **Nitrazin test (Lakmus)**
  - Lakmus **merah** → **biru**
  - **pH air ketuban bersifat basa (pH > 7)*
- Mikroskopis
  - ***ferning sign*** → **gambaran daun pakis**



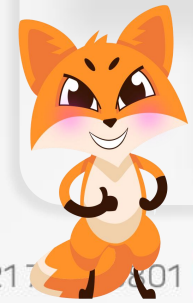
Nitrazin Test



Ferning Sign

Ketuban Pecah Dini

Tata laksana awal	
Ampicillin 2 g IV/6 jam + erythromicin 250 mg IV/6 jam	
Tata Laksana Lanjutan	
≥34 minggu	• Induksi persalinan dengan oksitosin
24-33 minggu	• **Terminasi bila ada amnionitis**, abruptio plasenta, dan kematian janin • **Manajemen ekspektatif → kortikosteroid** untuk pematangan paru
<24 minggu	• Pertimbangan dilakukan dengan melihat risiko ibu dan janin • Konseling • Terminasi kehamilan mungkin menjadi pilihan • Bila terjadi korioamnionitis, tata laksana segera



Penggunaan monoterapi tokolitik tidak disarankan untuk manajemen KPD dengan UK <33 minggu

MEDSENSE plus

3A

Korioamnionitis

0821 7355 5801

@medsense.plus MEDSENSE

Korioamnionitis

Definisi

- **Infeksi pada korion dan amnion plasenta** yang paling sering disebabkan oleh bakteri

Etiologi Faktor Resiko

- **Ketuban pecah dini → tersering**
- Persalinan lama
- Infeksi berulang, misalnya **ISK, IMS**

Pemeriksaan Penunjang

- **Leukositosis > 15.000 sel/mikroL**
- Peningkatan CRP
- Kultur secret vagina atau cairan ketuban → **identifikasi etiologi**
- Pemeriksaan untuk ketuban pecah dini (KPD) (***Ferning test, Nitrazin Test***)

Tatalaksana

- **Terminasi Kehamilan segera**, boleh per vaginam ataupun per abdominam kecuali ada indikasi khusus
- **Antibiotik empiris**
  - Persalinan pervaginam → Ampisilin 4x2 gram IV + Gentamisin 5 mg/kg IV
  - Persalinan perabdominam → ditambahkan Metronidazole 3x500mg

Korioamnionitis

3A

Definisi

- **Infeksi pada korion dan amnion plasenta** yang paling sering disebabkan oleh bakteri

Etiologi

- *Ureaplasma urealyticum*
- *Mycoplasma hominis*
- Lain-lain: *G. vaginalis*, *Bacteroides*, Streptokokus grup B

Faktor Risiko

- **Ketuban pecah dini → tersering**
- Persalinan lama
- Infeksi berulang, misalnya ISK, IMS

Manifestasi Klinis

- **Demam**
- Takikardi maternal, takikardi fetal
- Nyeri tekan fundus atau pelvis
- **Cairan ketuban berbau dan purulen**

Korioamnionitis

3A

Pemeriksaan Penunjang

- **Leukositosis > 15.000 sel/mikroL**
- Peningkatan CRP
- Kultur secret vagina atau cairan ketuban → **identifikasi etiologi**
- Pemeriksaan untuk ketuban pecah dini (KPD) (***Ferning test, Nitrazin Test***)

Tatalaksana

- **Terminasi Kehamilan segera**, boleh per vaginam ataupun per abdominam kecuali ada indikasi khusus
- **Antibiotik empiris**
  - Persalinan pervaginam → Ampisilin 4x2 gram IV + Gentamisin 5 mg/kg IV
  - Persalinan perabdominam → ditambahkan Metronidazole 3x500mg

MEDSENSE plus

3A

Partus Prematurus

0821 7355 5801

@medsense.plus MEDSENSE

Partus Prematurus

Definisi

Persalinan usia kehamilan **20 – 37 minggu**

Klasifikasi

Extremely preterm → <28 minggu
***Very preterm* → 28-31 minggu 6/7 hari**
Moderate-late preterm → 32-36 minggu 6/7 hari

Kriteria Diagnosis

Perubahan serviks progresif
Dilatasi serviks 2 cm atau lebih
Penipisan serviks 80% atau lebih

Tatalaksana

- UK < 23 Minggu : Konseling
- UK 23 – 33 Minggu :
  - Kortikosteroid → Pematangan Paru
  - Tokolisis → mengurangi kontraksi
  - Neuroprotektor → Jika UK < 32 Minggu
  - Antibiotik profilaksis jika disertai KPD
- UK > 33 Minggu :
  - Antibiotik profilaksis jika disertai KPD
  - Terminasi kehamilan

Terapi	Keterangan
Pematangan paru	• Deksametason IM 6 mg/12 jam, selama 48 jam • Betametason IM 12 mg/24 jam selama 48 jam
Tokolisis	• Untuk memberi waktu pematangan paru, bukan untuk memperpanjang usia kehamilan • **Nifedipin** loading dose 20-30 mg, dilanjutkan 10-20 mg / 4-8 jam hingga 48 jam (dosis maksimal 90 mg/hari) • Magnesium sulfat 4 – 6 gram IV dalam 30 menit, dilanjutkan rumatan IV 1 – 4 g/jam
Antibiotik profilaksis	• Jika disertai KPD • **Ampisilin** 2 g IV setiap 6 jam • **Eritromisin** 250 mg IV setiap 6 jam
Neuroprotektor	• Pada usia kehamilan < 32 Minggu • MgSO4 4 g IV dalam 15 menit loading → 1 g / jam maintenance

Partus Prematurus

Definisi

- Persalinan usia kehamilan **20 – 37 minggu**

Faktor Resiko

- **Usia ibu <18 tahun atau >40 tahun**
- **Inkompetensi serviks**
- **Riwayat persalinan preterm sebelumnya**
- **Gaya hidup** → kurang gizi, merokok, penggunaan obat terlarang
- **Gemeli**
- Jarak kehamilan <18 bulan dan >59 bulan
- Infeksi intrauterine, bakterial vaginosis, infeksi periodontal
- Hipertensi, IUGR, KPD
- Solusio plasenta, plasenta previa

Partus Prematurus

Kriteria Diagnosis

- Perubahan serviks progresif
- **Dilatasi serviks 2 cm atau lebih**
- Penipisan serviks 80% atau lebih

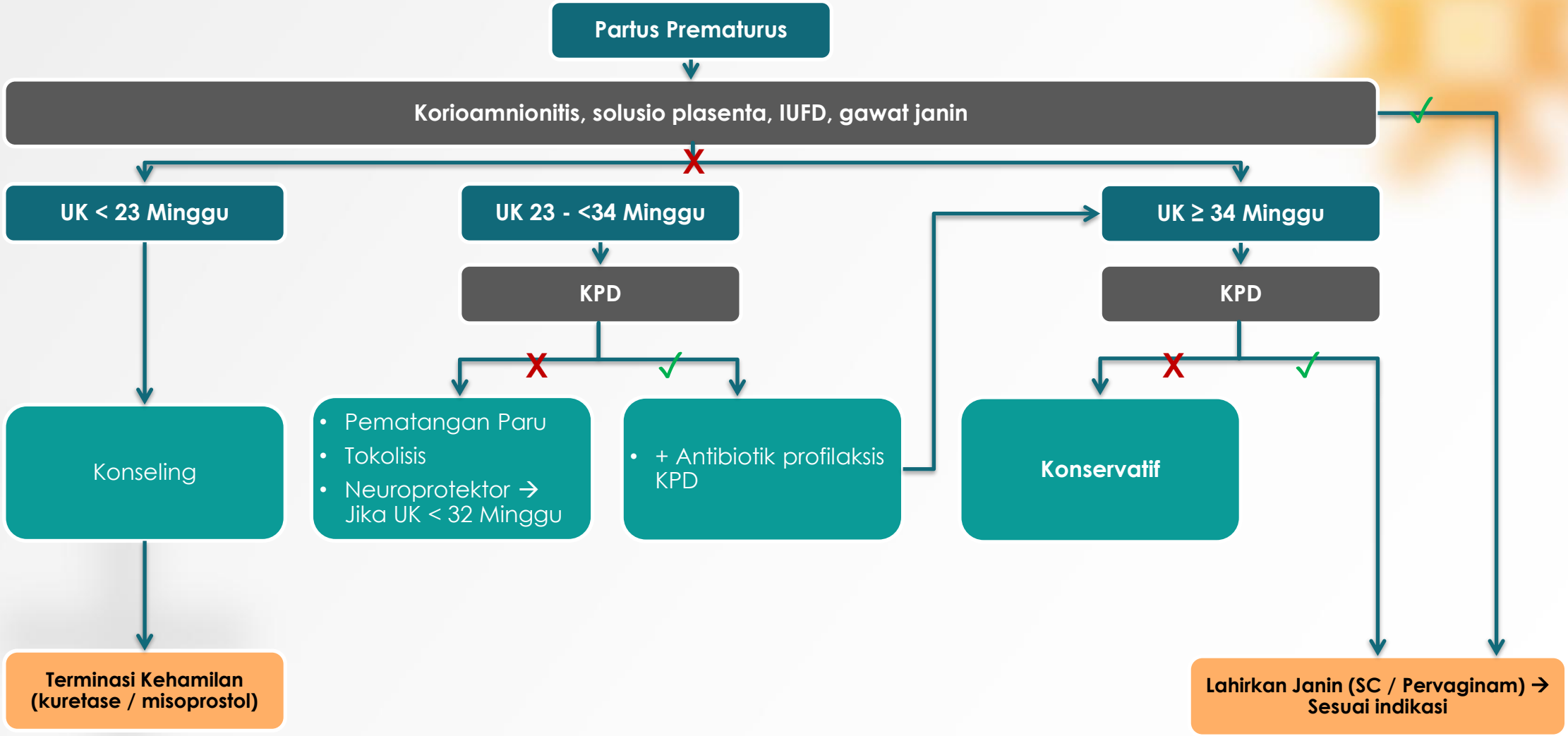
Klasifikasi

- *Extremely preterm* → <28 minggu
- ***Very preterm* → 28-31 minggu 6/7 hari**
- *Moderate-late preterm* → 32-36 minggu 6/7 hari

Indikasi Terminasi

- **UK <24 minggu** atau **≥34 minggu**
- Pembukaan **>3 cm**
- **Koriamnionitis, preeklampsia, perdarahan aktif (+)**
- **Gawat janin (+)**
- **IUFD** atau ada kelainan kongenital yang menyebabkan kemungkinan hidup kecil

Tatalaksana Partus Prematurus



Partus Prematurus

Terapi farmakologis

Terapi	Keterangan
Pematangan paru	• Deksametason IM 6 mg/12 jam, selama 48 jam • Betametason IM 12 mg/24 jam selama 48 jam
Tokolisis	• Untuk memberi waktu pematangan paru, bukan untuk memperpanjang usia kehamilan • Nifedipin loading dose 20-30 mg, dilanjutkan 10-20 mg / 4-8 jam hingga 48 jam (dosis maksimal 90 mg/hari) • Magnesium sulfat 4 – 6 gram IV dalam 30 menit, dilanjutkan rumatan IV 1 – 4 g/jam
Antibiotik profilaksis	• Jika disertai KPD • Ampisilin 2 g IV setiap 6 jam • Eritromisin 250 mg IV setiap 6 jam
Neuroprotektor	• Pada usia kehamilan < 32 Minggu • MgSO4 4 g IV dalam 15 menit loading → 1 g / jam maintenance

Partus Prematurus

Agen Tokolitik

It's Not My Time

- Fungsi : **Mengurangi kontraksi uterus**
- First line : NSAID (mis: **indometacine**) atau CCB (mis: **Nifedipine**)
  - 24 – 32 Minggu : Indometacine
  - 32 – 34 Minggu : Nifedipine
- Second line : *Beta 2 adrenergic agonis* (terbutaline), CCB (mis: Nifedipine), MgSO4
  - 24 – 32 Minggu : Nifedipine, MgSO4, Terbutaline
  - 32 – 34 Minggu : terbutaline

MED⁺EASY
Indometacin, Nifedipine, MgSO4, Terbutaline

MEDSENSE plus

MED+QUIZ

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE

MED+QUIZ – 8

Seorang wanita berusia 25 tahun G1P0A0 usia kehamilan 32 minggu dibawa suaminya ke IGD RS dengan keluhan keluar darah dari kemaluan. Darah keluar sedikit-sedikit, warna merah segar. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TTV dalam batas normal. Pada inspeksi daerah kemaluan didapatkan fluksus minimal sudah mengering.

Apakah diagnosis kasus diatas?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan diagnosis berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan diagnosis tersebut menjadi...
8	Solusio plasenta	Pada pemeriksaan didapatkan plasenta menutup osteum uteri internum.	-2, -1, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 8

Seorang wanita berusia 25 tahun G1P0A0 usia kehamilan 32 minggu dibawa suaminya ke IGD RS dengan keluhan keluar darah dari kemaluan. Darah keluar sedikit-sedikit, warna merah segar. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TTV dalam batas normal. Pada inspeksi daerah kemaluan didapatkan fluksus minimal sudah mengering.

Apakah **diagnosis** kasus diatas?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan diagnosis berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan diagnosis tersebut menjadi...
8	Solusio plasenta	Pada pemeriksaan didapatkan plasenta menutup osteum uteri internum.	-2, **-1**, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 9

Seorang wanita usia 21 tahun G1P0A0 usia kehamilan 12 minggu datang ke IGD RS dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 3 jam SMRS. Keluhan nyeri perut maupun keluar jaringan disangkal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TTV TD 120/80, HR 102, RR 22, T 37. TFU setinggi umbilicus, DJJ (-) Inspekulo tampak OUE tertutup dan perdarahan aktif keluar dari OUE. Dokter memutuskan untuk melanjutkan pemeriksaan USG.

Apakah gambaran yang dijumpai pada pemeriksaan USG?

A. End line
B. Snowstorm appearance
C. Swiss cheese appearance
D. Air fluid level
E. Batwing appearance

MED+QUIZ – 9

Seorang wanita usia 21 tahun G1P0A0 usia kehamilan **12 minggu** datang ke IGD RS dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 3 jam SMRS. Keluhan nyeri perut maupun keluar jaringan disangkal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TTV TD 120/80, HR 102, RR 22, T 37. **TFU setinggi umbilicus, DJJ (-) Inspekulo tampak OUE tertutup dan perdarahan aktif keluar dari OUE**. Dokter memutuskan untuk melanjutkan pemeriksaan USG.

Apakah gambaran yang dijumpai pada pemeriksaan **USG**?

A. End line
B. Snowstorm appearance
C. Swiss cheese appearance
D. Air fluid level
E. Batwing appearance

MED+QUIZ – 10

Seorang Wanita berusia 27 tahun G3P2A0 UK 37 minggu dibawa ke IGD dengan keluhan rembesan cairan bening dari jalan lahir disertai dengan mules yang semakin kencang sejak 5 jam yang lalu. Pemeriksaan TTV dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pembukaan lengkap. Pasien dipimpin bersalin namun tidak didapatkan kemajuan. Pada VT didapatkan tali pusat teraba di kanalis cervicalis.

Apa diagnosis yang paling tepat adalah?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan diagnosis berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan diagnosis tersebut menjadi...
10	Tali pusat menumbung	HIS 4-5x/10'/50"	-2, -1, 0, +1, +2

MED+QUIZ – 10

Seorang Wanita berusia 27 tahun G3P2A0 UK 37 minggu dibawa ke IGD dengan keluhan **rembesan cairan bening dari jalan lahir** disertai dengan mules yang semakin kencang sejak 5 jam yang lalu. Pemeriksaan TTV dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pembukaan lengkap. Pasien dipimpin bersalin namun tidak didapatkan kemajuan. Pada VT didapatkan **tali pusat teraba di kanalis cervicalis**.

Apa **diagnosis** yang **paling tepat** adalah?

Nomor Soal	Jika anda mempertimbangkan diagnosis berikut ini....	Dan kemudian diberi tahu...	...anda mempertimbangkan diagnosis tersebut menjadi...
10	Tali pusat menumbung	HIS 4-5x/10'/50"	-2, -1, **0**, +1, +2

Terima Kasih

#OneShotBersamaMedsense+

0821 7355 5801

@medsense.plus

MEDSENSE